

أمراض الكلام



في علم النفس

أمراض الكلام

تأليف

دكتور مصطفى فهمي

أستاذ الصحة النفسية بجامعة عين شمس (كلية التربية)
وأخصائي عيوب الكلام

الطبعة الخامسة

الناشر : مكتبة مصر
٣ شارع كامل صدقي الفجالة

دار مصر للطباعة
٣٧ شارع كامل صدقي

مقـــدمة

عندما تقلب الطرف فى المكتبة العربية يلفت نظرك أمر له شأنه وخطورته ، وترى فى جانب من جوانبها ثغرة تتطلع إلى من يسدها ، وفراغا ينتظر من يملؤه. وأحسسنا جميعا بالحاجة إلى كتاب يتناول عيوب النطق والكلام ؛ لا سيما وقد آمنت الدول الكبرى بأهمية هذا الموضوع ، وأولته عنايتها حينما شعرت بالحاجة إلى إنقاذ طائفة من أبنائها كادت تلك العيوب الكلامية تفسد عليها مستقبلها وتنغص عليها حياتها .

وليس بعجب وقد مارست هذا اللون من الدراسات أن أتقدم لحمل ذلك العبء ، وأن أرانى مدفوعا إلى سدّ ذلك النقص ، متناولا سدّ ذلك الموضوع الذى لم يعط ما يستحقه من عناية إلى الآن .

فالكتاب إذاً جديد على المكتبة العربية ؛ وإنى لآمل أن يكون بدءاً مباركا تتوالى بعده بحوث العلماء فى تلك الناحية حتى نكون بذلك قد أدينا بعض ما يجب علينا نحو فئة من بنى قومنا تعانى ذلك النوع من النقص. وليس لنا أن نكل أمر هذا إلى الطبيب وحده ، فإن عيوب النطق والكلام كما تكون ناشئة عن نقص جثمانى يدخل فى دائرة عمل الطبيب، تكون ناشئة كذلك عن عوامل نفسية تحتاج فى بحثها إلى العالم النفسانى ؛ فليس التعرض لهذه الموضوعات إذاً ، من عمل الطبيب فحسب ، ولكنها تحتاج إلى خبرة المشتغلين بعلم النفس .

وإن علم النفس الذى مرت به فترة طويلة من الزمان لم يخرج فيها عن دائرة الموضوعات العامة التى فاضت فيها الأبحاث ، كالغرائز والعادات والذكاء ، إلى غير ذلك من موضوعات علم النفس ، قد آن له أن يتجاوز تلك الحدود الضيقة ، وأن يسلك منهجا جديدا ، هو منهج التخصص فى الفروع المختلفة . ومن هنا تتبين لنا أهمية الناحية الإكلينيكية التى تشمل جزءا كبيرا من علم النفس المرضى.

ولن أنسى وأنا بصدد تقديم كتابى إلى القراء ، أن أقرر أن الدافع إلى تأليفه لم يقتصر على كونه دراسة هامة غير مطروقة ، وإنما يقوم إلى جانب ذلك سبب آخر له أثره فى دفعى إلى كتابة تلك الصفحات ، هو أن أطفالنا مصابون بالعيوب الكلامية.. فقد قمت بإجراء فحص على جميع تلاميذ وتلميذات مدارس القاهرة الأولية ، وخرجت من ذلك بنتيجة مروعة ، هى أن حوالى ٧ ٪ من هؤلاء التلاميذ مصابون بعيب أو أكثر من عيوب النطق والكلام المختلفة .

وما كدنا نعرض ذلك على المسئولين حتى بادروا بإنشاء وحدات علاجية تعمل على تنظيم وعلاج عيوب النطق والكلام المنتشرة بين أطفالنا ، فكان هناك قسم لأمراض النطق والكلام فى العيادة السيكولوجية الملحقة بمعهد التربية للمعلمين بجامعة عين شمس ، وآخر بالوحدات العلاجية بوزارة التربية والتعليم ، ولقد سبقتنا الدول الكبرى إلى ذلك ؛ فنجد فى لندن ما يقرب من ست عشرة وحدة ، بل سارت الدول الصغرى فى هذا المضمار شوطا بعيدا ، فالدانمارك وهى دولة صغيرة قد أنشأت معهدا ضخما يتسع لما يقرب من خمسمائة زائر فى إحدى ضواحى عاصمتها الجميلة (كوبنهاجن) .

ولقد عنيت ونحن نطالع فجر نهضة علاجية جديدة أن أستعرض فى كتابى هذا عيوب النطق والكلام المختلفة المنتشرة بين أطفال المدارس ، وأن أتحدث عن كل عيب منها ذاكرا أسبابه وطرق علاجه ، متأثرا فى ذلك بدراساتى فى إنجلترا ، ومستعينا بتجاربى أثناء زياراتى لأهم المعاهد الخاصة فى بعض الممالك الأوربية ، وخاصة هولنده والدنمرك وبلجيكا وفرنسا ، ومضمنا أبوابه خبرتى فى أثناء عملى بالعيادة النفسية الملحقة بمعهد التربية وقسم أمراض النطق والكلام بالإدارة العامة للصحة المدرسية .

ولا أقول إننى قد تحريت المسائل العويصة أو توغلت فى النواحى الفنية ، فذلك أمر يضيق عنه ذلك الكتاب ولا ينهض به إلا مجلد ضخم يتسع للبحر والتعمق فى الدقائق العلمية ، وإنما رميت من وراء هذا المؤلف إلى الفائدة

العملية ، فصغته فى قالب سهل واضح ، يتيح للمصاب أن يستفيد منه ، ويمكن المربين من الانتفاع بتوجيهه فى الإشراف على تربية الناشئين ومعالجة نواحى النقص فيهم ، ويستوى فى ذلك الآباء والمدرسون ، فهم الذين تقع على عاتقهم أمانة تربية الطفل وإعداده للحياة .

ولا تقل حاجة الطبيب فى ذلك الصدد عن حاجة المربين ، بل ربما كانت حاجته أشد إلى ذلك النوع من الدراسة ، فكثيرا ما تعرض له تلك الحالات على اختلاف أنواعها ، وهو كما قدمنا فى حاجة إلى معونة العالم النفسانى .

وقبل أن أفرغ من حديثى أبادر بتقديم جزيل شكرى إلى حضرة الزميل المحترم الأستاذ سعيد جوده السحار صاحب مكتبة مصر ومطبعتها ، للمعاونة التى قدمها فى تيسير نشر هذا الكتاب . وأنتهز هذه الفرصة فأتقدم بالشكر إلى صديقى وتلميذى الأستاذ محمد إسماعيل عبده ، المعيد بكلية دار العلوم (جامعة القاهرة) ، على ما قدمه إلىَّ من معونة صادقة ،

مصطفى فهمى

كلمة المؤلف

بمناسبة صدور الطبعة الرابعة من الكتاب

حمداً لله نفدت الطبعة الثالثة من كتابى « أمراض الكلام » وها أنذا أجد نفسى فخوراً بإصدار الطبعة الرابعة وهى طبعة مزودة ومنقحة نتيجة خبرة ربع قرن من الزمان وأنا أعمل فى هذا الميدان .

كان الميدان عندما عملت فيه بعد عودتى من البعثة التعليمية بجامعة كمبردج بإنجلترا يبدو كغابة واسعة خالية من آثار البشر . أما الآن وقد كافحت فى هذه الغابة وعانيت الكثير من النقد ، استطعت أن أعمل شيئاً له قيمة علمية وعملية .

وكان أول من أعاننى وأخذ بيدى الدكتور عبد الجواد حسين وزير الصحة السابق ، فقد منحنى حرية العمل بالإدارة العامة للصحة النفسية ، فصلت وجلت بحرية وأمان ، وكانت النتيجة هذه المجموعة الكبيرة من البحوث والدراسات الميدانية فى هذا الحقل .

ويسرنى الآن أن أجد روادا آخرين فى هذا الميدان ، ومتخصصين على مستوى علمى فى نفس الجامعة التى كنت أعمل بها (جامعة عين شمس) .

شكراً لله فقد ثبتت أقدام علم أمراض الكلام أو عيوب النطق والكلام ، وآن الأوان أن أفخر بطلابى وزملائى العاملين فيه .. فقد أديت الرسالة التى بدأتها منذ ربع قرن من الزمان ..

أكتوبر ١٩٧٥ مصطفى فهمى

الفصل الأول

الجهاز الكلامي

تركيبه وكيف يؤدى وظيفته

الجهاز الكلامى :

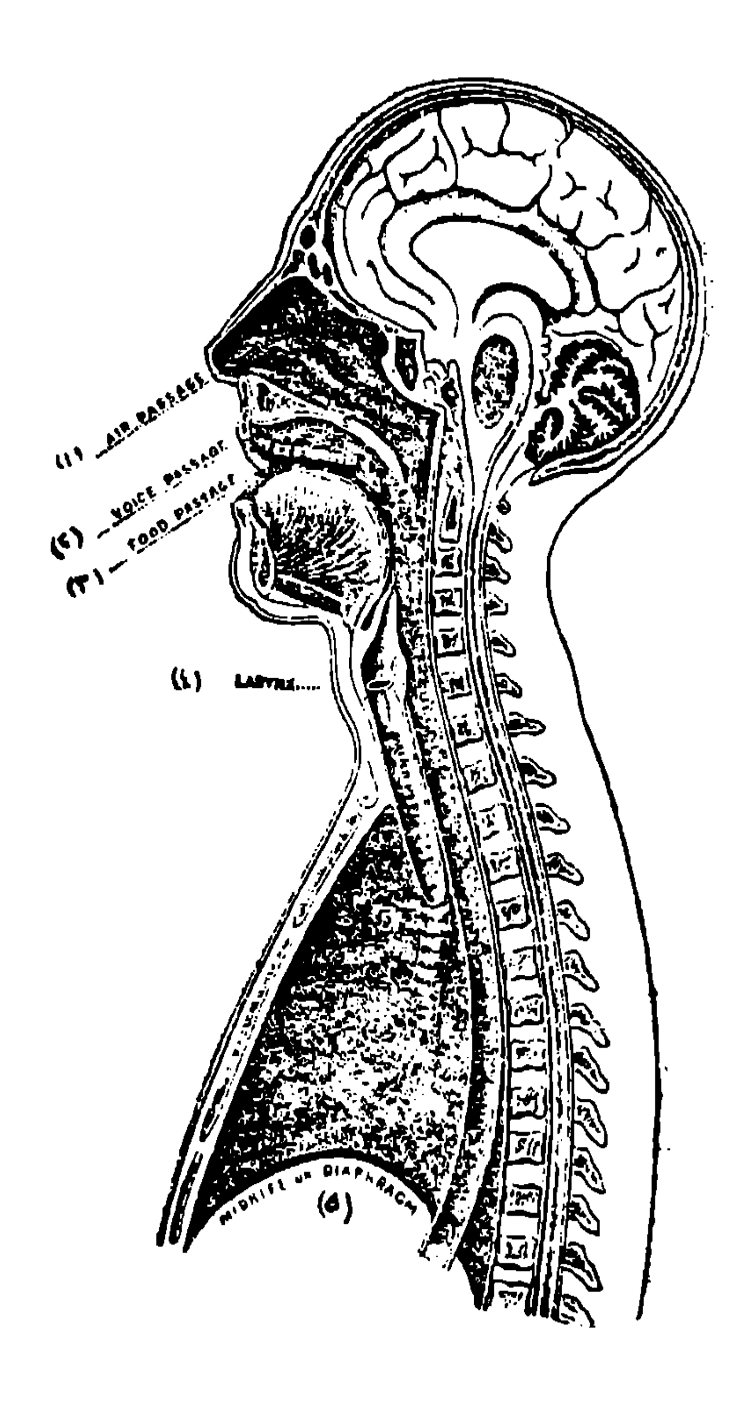
إن تركيب الجهاز الكلامى معقد، فهو يتكون من الأجزاء الآتية :

اللسان، والشفاه، وسقف الحلق الذى ينقسم بدوره إلى جزء رخو (velum) يقابل الجزء الخلفى من اللسان، وتتدلى منه اللهاة (uvila)، وآخر صلب يتصل بالجزء الرخو عند منتصف اللسان، وثالث يقع مباشرة خلف الأسنان العليا.

وفى قاع الفم يقع التجويف الزورى (pharyngal cavity)، وهو أحد تجاويف ثلاثة يتكون منها الجهاز الكلامى؛ وثانى هذه التجاويف، وهو تجويف الفم (mouth cavity) وثالثها هو تجويف الأنف (nasalcavity) . وحوائط هذه التجاويف الثلاثة تغطى بغشاءات مخاطية، تكسب الصوت الحادث صفة رنانة، شأنها فى ذلك شأن الحجرات المعدة للإذاعة والسينما الناطقة (انظر شكل ١).

ويتصل التجويف الزورى من أسفل، بالحنجرة أو بحجرة الصوت، وتسمى (Larynx) ويوجد الوتران الصوتيان داخل الحنجرة، وهما يمتدان فى اتجاه أفقى من الخلف إلى الأمام وبينهما مسافة يطلق عليها فتحة المزمار (Glottis) . ويجب أن يتقارب الوتران الصوتيان لإحداث الاهتزاز اللازم لتكوين الصوت، وليمكن أن يقاوما الهواء الخارج من القصبة الهوائية . وهذه المقاومة تزداد كلما كان الوتران أكثر تلاصقا، وحينذاك يكون الصوت الحادث قويا رنانا، فإن كان أقل تلاصقا خرج الصوت ضعيفا؛ وينعدم اهتزاز الأوتار الصوتية أثناء التنفس، حيث تكون فتحة المزمار على أقصاها من الاتساع (انظر شكل ٢) .

وليس من العسير ملاحظة الأوتار الصوتية أثناء عملها، إذ يستعمل لذلك الغرض جهاز سهل التركيب يطلق عليه منظار الحنجرة (Laryngoscope)، وهو مرآة صغيرة مستديرة يبلغ قطرها $\frac{٣}{٤}$ بوصة مثبتة فى يد طويلة بزاوية قدرها ١٢٠° . وهذا المنظار يوضع فى الفم، ويضغط بالمرآة على الجزء الرخو من سقف الحلق، ثم يسلط نور كهربائى قوى على الزور (من الداخل) وهكذا تظهر الأوتار الصوتية منعكسة فى المرآة.



(شكل ١) يوضح الجهاز الكلامى

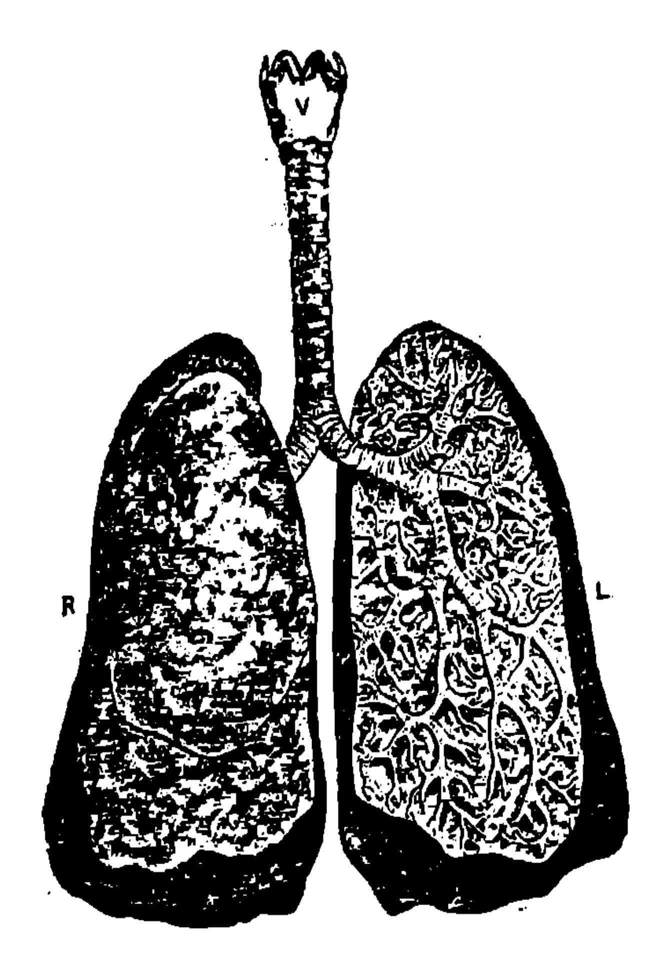
١ ــ الممر الهوائى . N = Nasal passage الممر الأنفى

٢ ــ ممر الصوت . H = Hard palate سقف الحلق الصلب

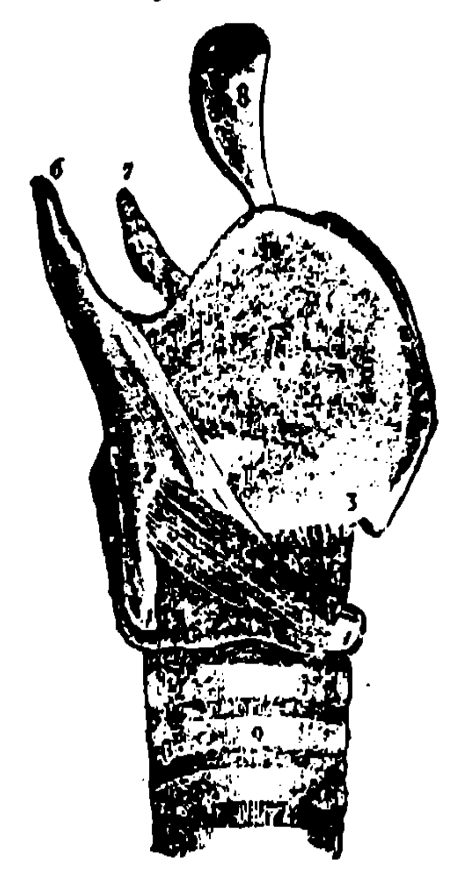
٣ ــ ممر الطعام . S = Soft palate سقف الحلق الرخو

٤ ــ الحنجرة . E = Eustachian tube قناة استاكيوس

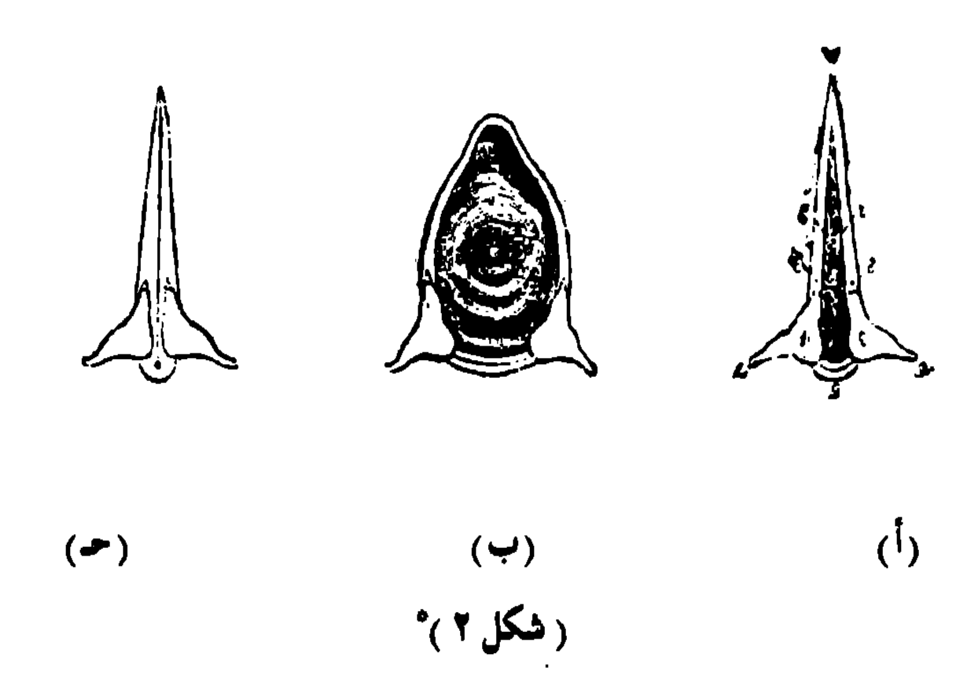
٥ ــ الحجاب الحاجز



الرئتان الرئة اليمنى = R ، الرئة اليسرى = L ، الحنجرة = V



القصبة الهوائية



(أ) (ب) (حـ)

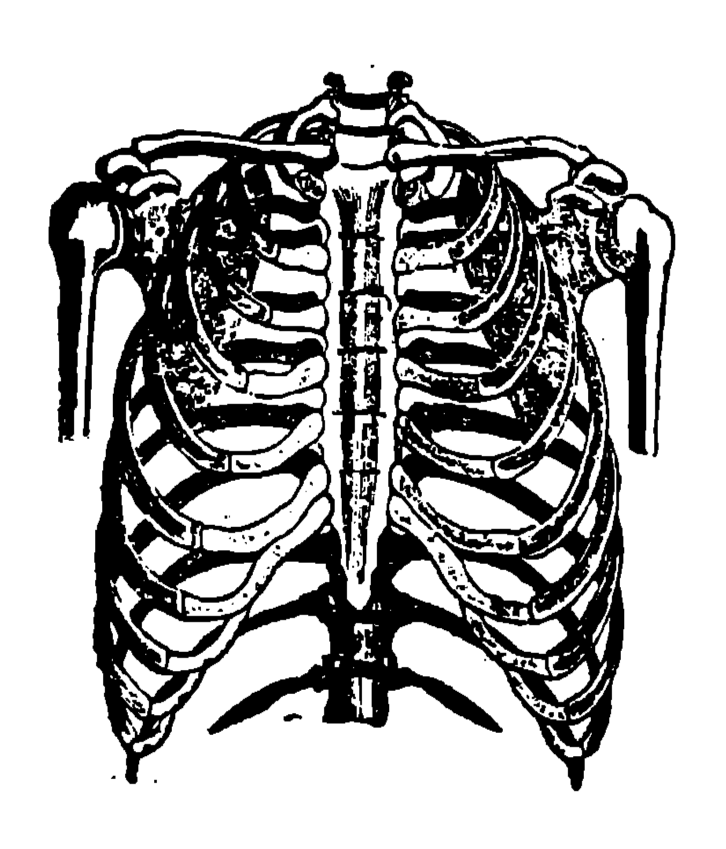
(شكل ٢)*

كيف تحدث الاستجابة الصوتية (الحروف المتحركة) :

إن هواء الزفير هو المادة الخام التى تتحول بمرورها بين الوترين الصوتيين حين تقاربهما إلى صوت يخرج بسرعة على شكل موجات صوتية تتعدل وتتشكل فى التجاويف الثلاثة التى يمكن تشبيهها بحجرة الرنين Resonance chamber ويساهم فى عملية التعديل والتشكيل الصوتى المشار إليها الحركات التى يقوم بها اللسان والشفاه وسقف الحلق.

إن اختلاف حركة اللسان يأخذ أشكالا مختلفة، ومن حرف إلى حرف آخر، فحركة اللسان مثلا عند نطق حرف (أ) مفتوحة غيرها عند نطق (أ) مكسورة، ذلك لأننا نجد اللسان فى الحالة الأولى فى مستوى أفقى، أما فى الحالة الثانية فيكون اللسان مقوسا، وبين هذين الوصفين تتكون الحروف المتحركة

(*) شكل ٢ (أ) يوضح الوترين الصوتيين فى حالة التلاصق الشديد ، بينما شكل ٢ (ب) يوضحهما فى حالة التنفس حيث ينعدم الاهتزاز ، أما شكل ٢ (جـ) فالوتران يكونان فى وضع متوسط .



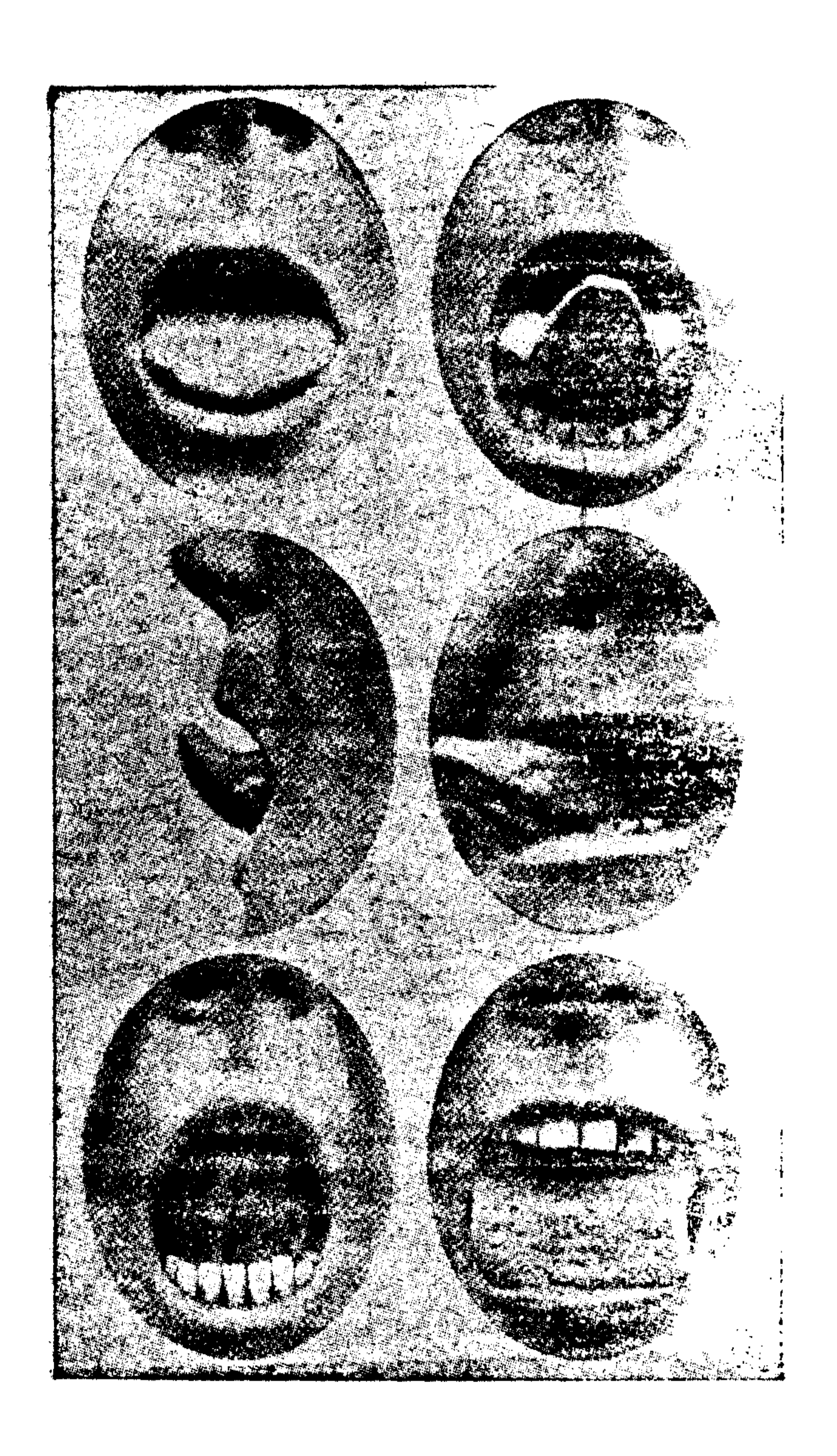
القفص الصدرى

الأخرى (انظر شكل ٣) ؛ وتقابل حركات اللسان حركات مقابلة للشفاه[١] ، فمن فتحة كاملة عند نطق الألفالمفتوحة ، إلى استدارة يصاحبها بروز فى الشفاه عند نطق الألف المضمومة ، وتتخذ الشفاه أشكالا أخرى يختلف بعضها عن بعض عند نطق الحروف المتحركة الأخرى وهى أكثر عدداً فى اللغات الأوربية ، وخاصة فى اللغات الإسكندينافية ، منها فى اللغة العربية (انظر شكل ٤)

الحروف الساكنة :

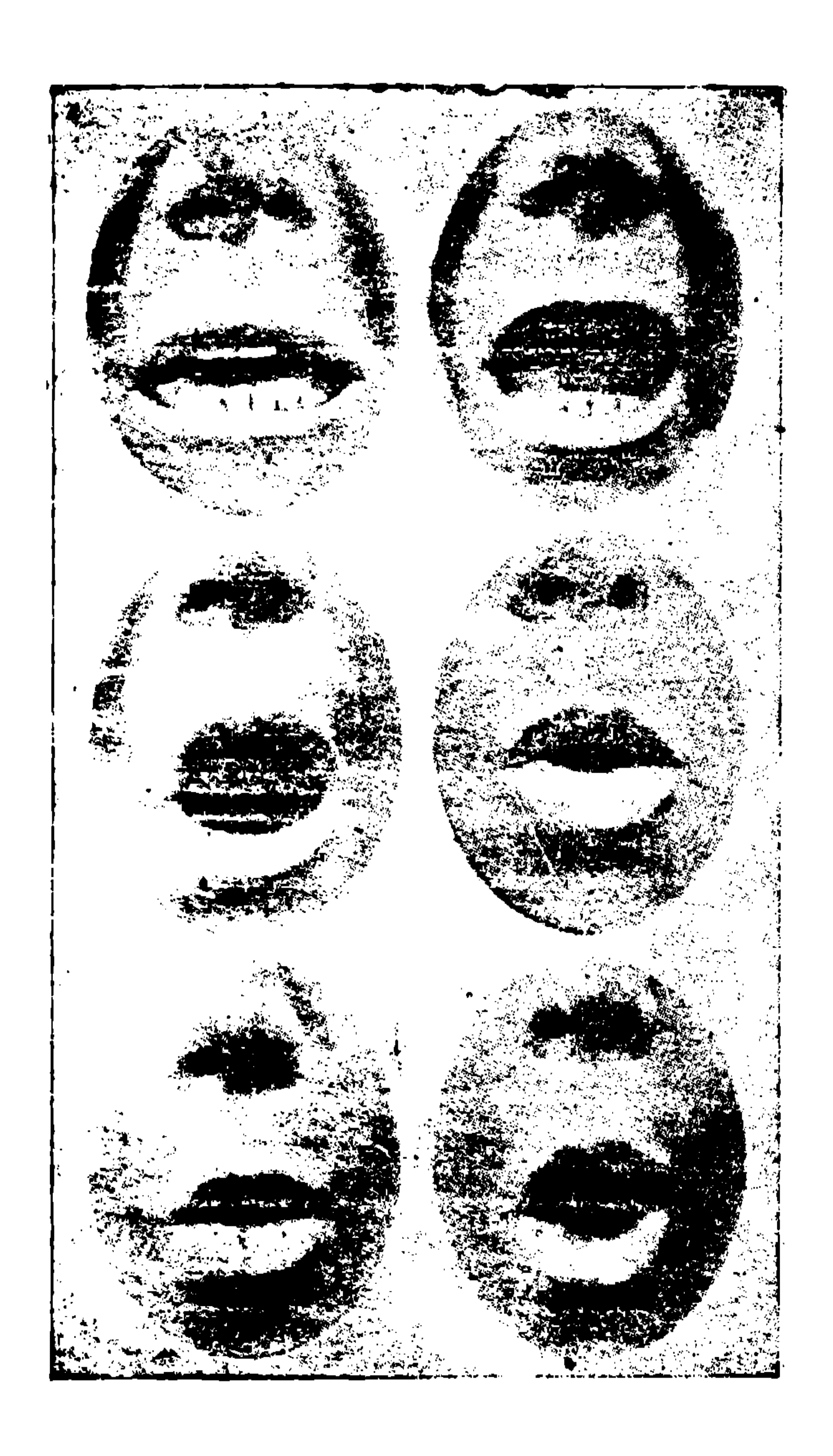
رأينا كيف تحدث الاستجابة فى حالة الحروف المتحركة موضحين الدور الذى يقوم به اللسان والشفاه ، أما عن تقويم أو تشكيل الحروف الساكنة

(١) إن قراءة الشفاة lip reading وسيلة من الوسائل التى يستعملها الإخصائيون فى تعليم الأطفال الصم البكم منطوق الكلمات . وتوجد فى أمريكا معاهد خاصة للتدريس بها ، ومن أهمها (John Tracy Glinic) بكليفورنيا .



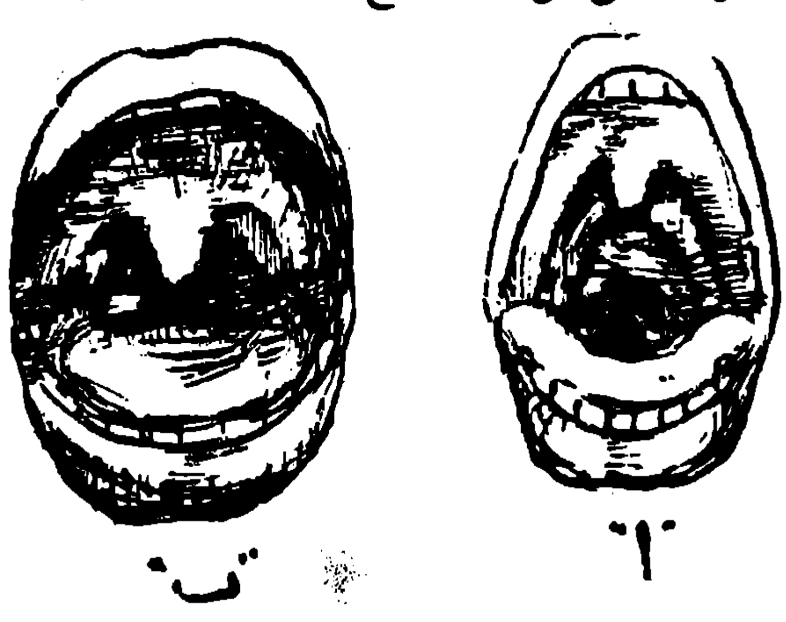
(شكل ٣)
حركات اللسان فى أوضاع مختلفة داخل الفم وخارجه(١)

(١) A year's Course in Speech Training (Mc Allister).



(شكل ٤)
حركات اللسان والشفاه أثناء نطق الحروف المتحركة

(Consonants) فيحدث ذلك نتيجة احتباس الموجات الصوتية بواسطة إيجاد عقبة فى الجهاز الكلامى . وقد تحدث العقبة عند الوترين الصوتيين ، أو يحدثها سقف الحلق الرخو ، حيث إن ذلك الجزء يتدلى أحيانا ويرتفع أحيانا أخرى على حسب نوع الحرف المنطوق (انظر شكل ٥) فعند نطق الحروف الأنفية (Nasal) : الميم والنون مثلا ، نلاحظ أن الجزء الرخو يتراخى إلى أسفل حتى يصل مع اللهاة إلى الجزء الخلفي من اللسان . وعلى هذا الوضع يخرج الصوت المحتبس عن طريق التجويف الأنفى إلى الخارج ؛ ويحدث الفرق بين حرفى الميم والنون ، على أساس حركات اللسان والشفاه . ففى حالة (الميم) يتحرك طرف اللسان إلى أعلى ، وتفتح الشفاه فتحة نصفية . ومعنى ذلك أن احتباس الهواء فى حالة حرف (النون) أحدثه طرف اللسان ؛ أما فى حالة الحرفين (الكاف والجيم) وهى من ضمن مجموعة الحروف الحلقية (gutterals) ، فإن احتباس الهواء يحدثه الجزء الخلفى من اللسان مع سقف الحلق الرخو .



(شكل ٥)

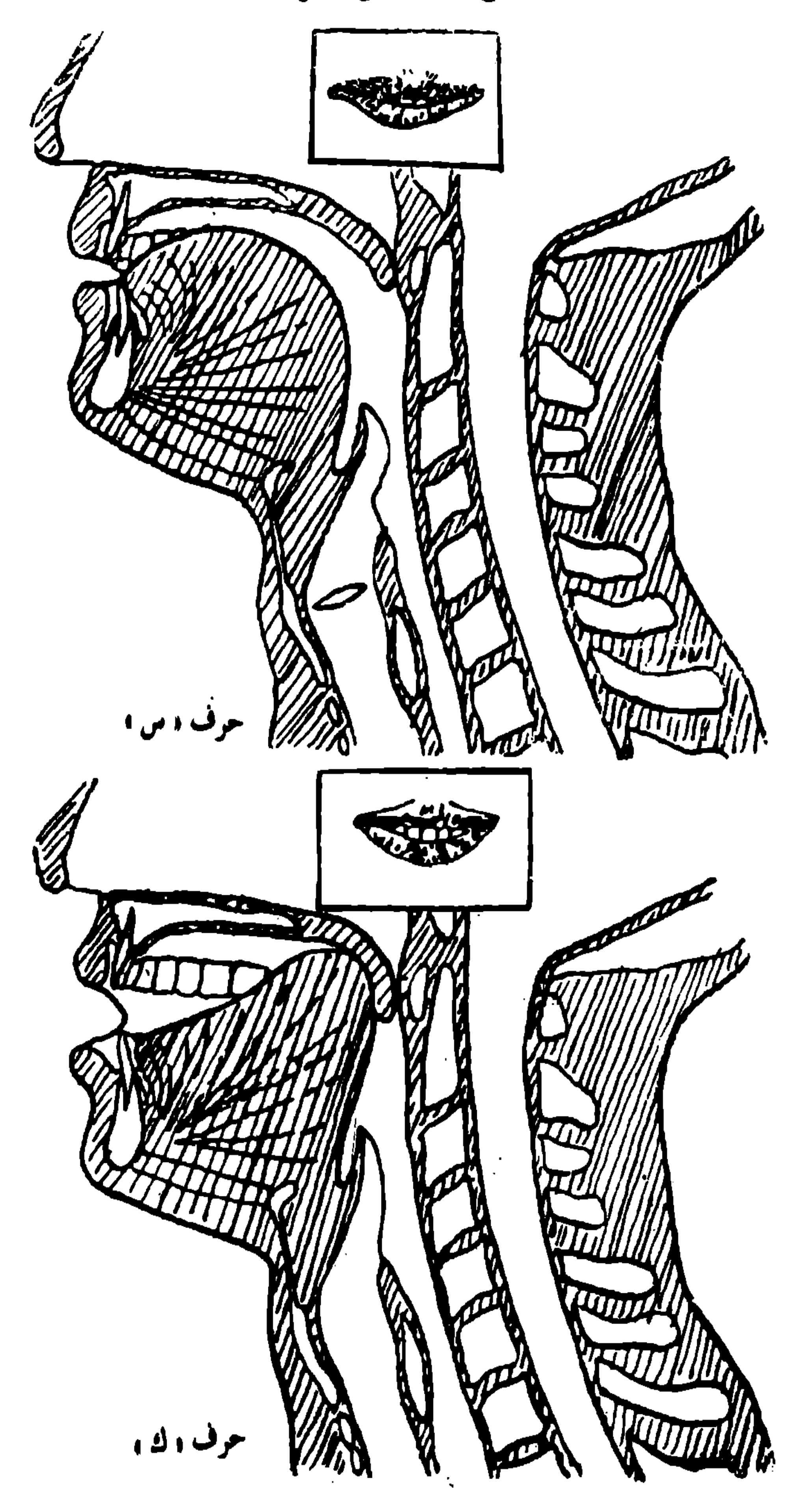
وفى بعض الحالات لا يكون احتباس الهواء كاملا ، كما يحدث فى حرف (السين) وهى من ضمن المجموعة السنية (dental) ، حيث يتسرب الهواء فى ممر ينحصر بين الشفتين العليا والسفلى . أما فى حرفى الدال والتاء ، وهما كذلك من مجموعة الحروف السنية الأمامية ، فإن الهواء يتسرب فى ممر ضيق ينحصر بين

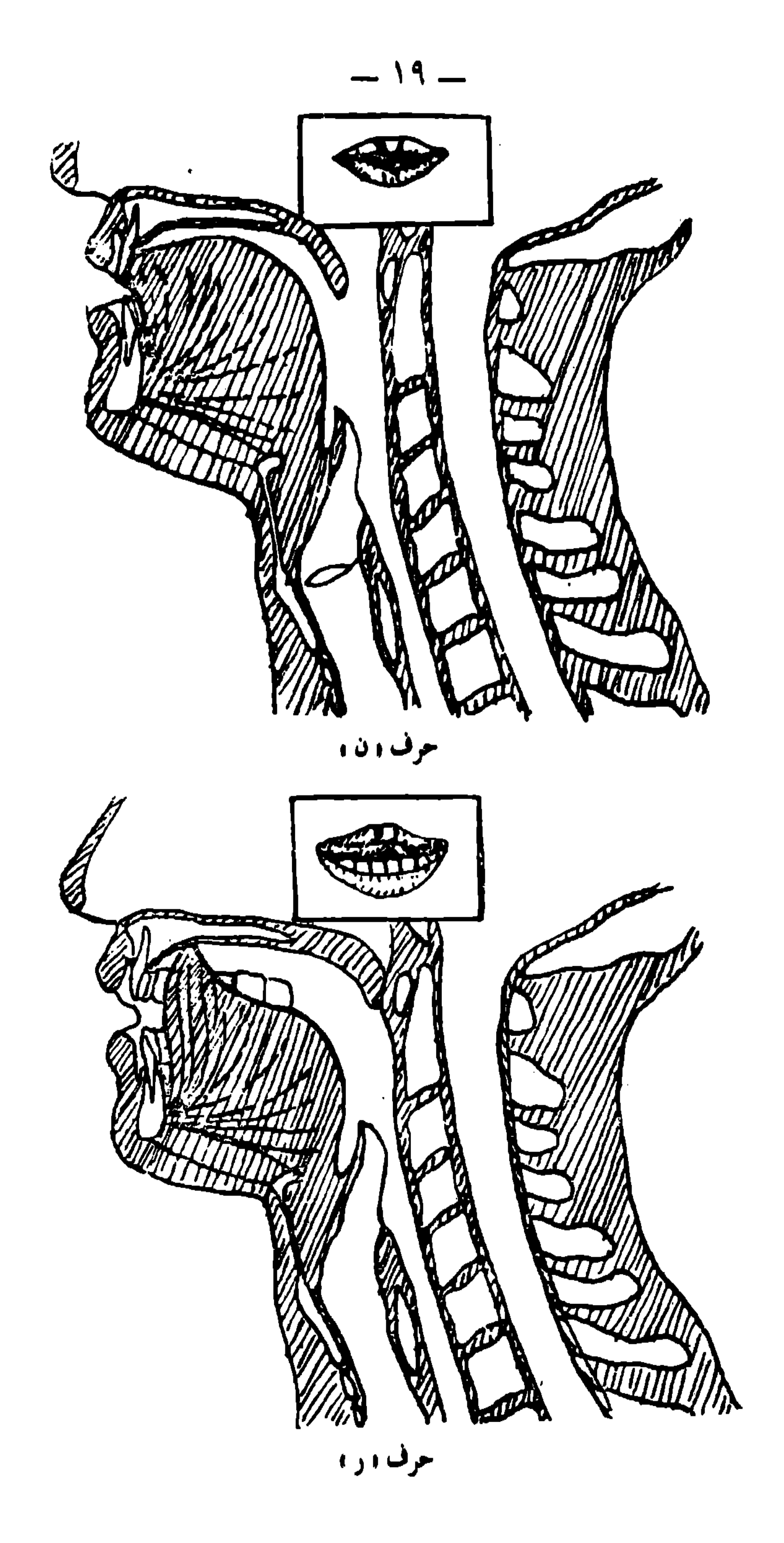
الجزء الأمامى من اللسان وبين سقف الحلق الصلب .

وبجانب هذه المجموعة من الحروف الساكنة الصوتية (voiced) ، وهى التى تستعين بالموجات الصوتية فى تشكيلها ، توجد مجموعة أخرى من الحروف الساكنة اللاصوتية (voiceless) وهى التى لا تستعين بعملية احتباس الهواء الخارج من الرئتين ، إذ تجده يمر طليقاً من الحنجرة . والاختلاف بين حرف وآخر فى هذه المجموعة يحدث نتيجة لحركات اللسان فى أوضاع مختلفة فى التجويف الفمى . ومن أمثلة هذه الحروف (الفاء والياء) وهى من المجموعة الشفوية (ladial) . إن الحروف اللاصوتية لا تحتاج فى تشكيلها إلى تحوّل هواء الزفير إلى موجات صوتية ، إذ يندفع النفَسُ مباشرة إلى التجويف الزورى ومنه إلى التجاويف العليا .

وزيادة فى إيضاح ما نقول : سنقوم بعرض نماذج من الرسوم الإيضاحية لنعطى صورة عملية لبعض الأصوات الساكنة فى مخارجها وصفاتها ، وهذه الأشكال مقتبسة من كتاب « الوسائل العملية للقراءة الشفوية » لمؤلفته مدام س . تستسو .

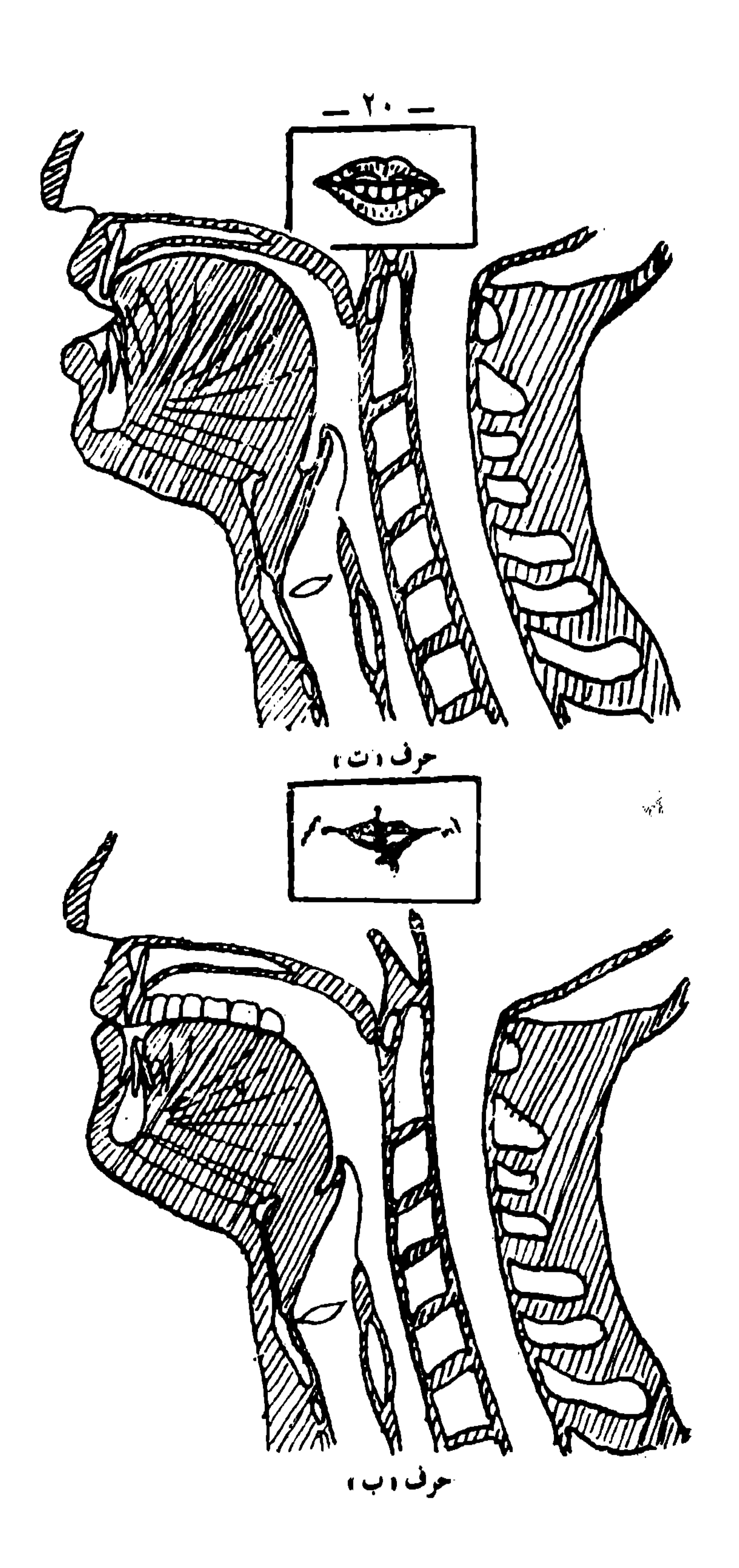
الجهاز الكلامي أثناء نطق الحروف الساكنة

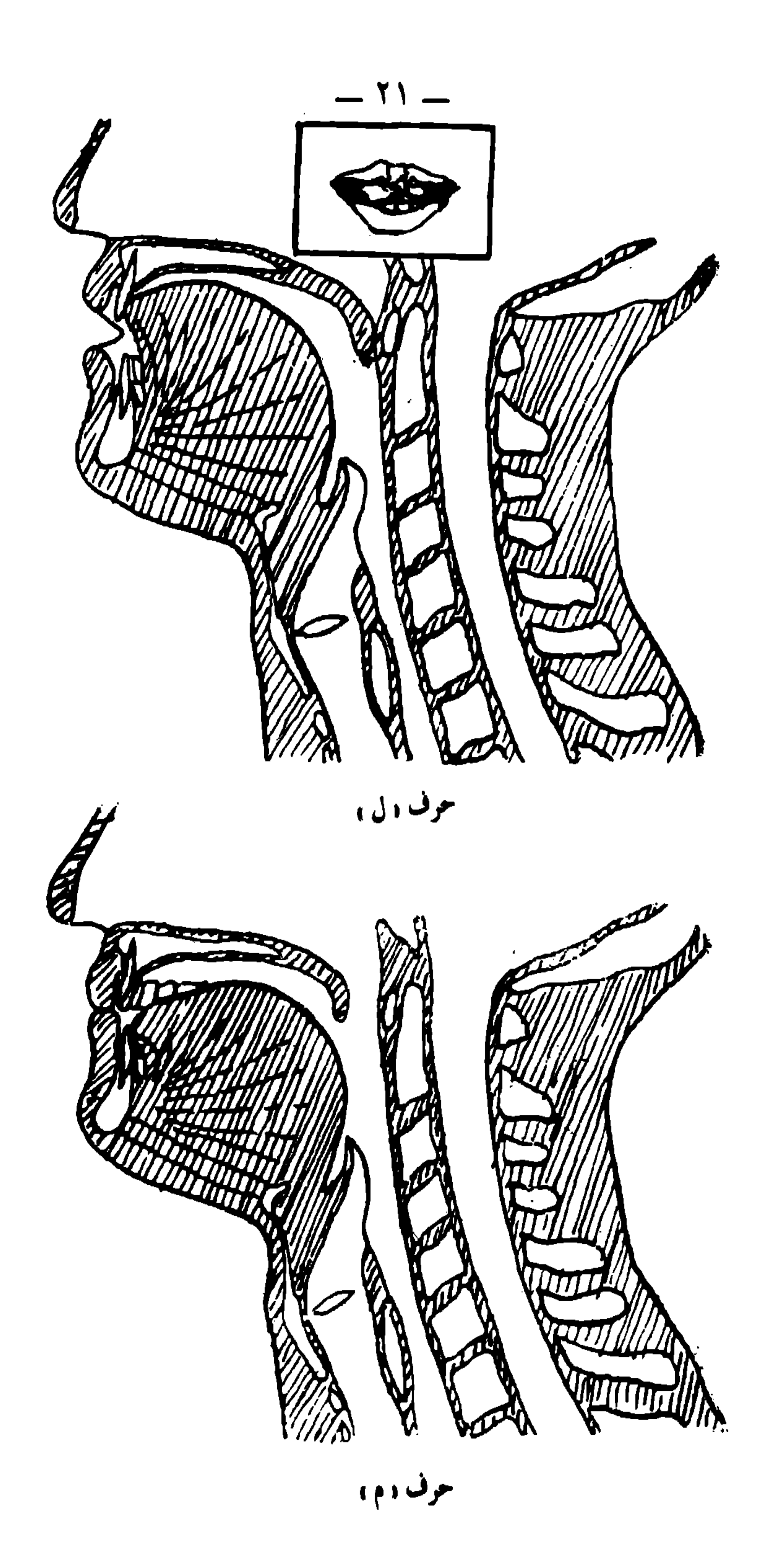




حرف « ن »

حرف « ر »


حرف (ت)
حرف (ب)



حرف (ل)

حرف (م)

كيف تكتسب الأصوات دلالتها الحسية :

بينا فى كلامنا السابق، كيف يحدث الصوت، وهذا يمثل لنا الناحية الحركية التى تتصل بعملية الكلام، ولكن يجب أن نشير إلى أن الكلام يكون عديم الدلالة إذا لم يتفاعل الطفل مع البيئة التى يعيش فيها، ويتعامل معها. وليست وظيفة اللغة مجرد إحداث أصوات، بل يلزم أن تكون لهذه الأصوات دلالة، وهذا لا يتأتى إلا عن طريق العقل وما يحويه من مراكز حسية، ولقد أدت التشريحات الدماغية إلى تقدير الحقائق الآتية :

١ — فى الفص القفوى (Occipital) يوكد المركز الحسى للبصر .

٢ — فى الفص الصدغى (Temporal) يوجد المركز الحسى للسمع .

٣ — فى الفص الجدارى (Parietal) يوجد مركز الإحساس الجسمى كالشعور بالحرارة والبرودة، والشعور بالألم .

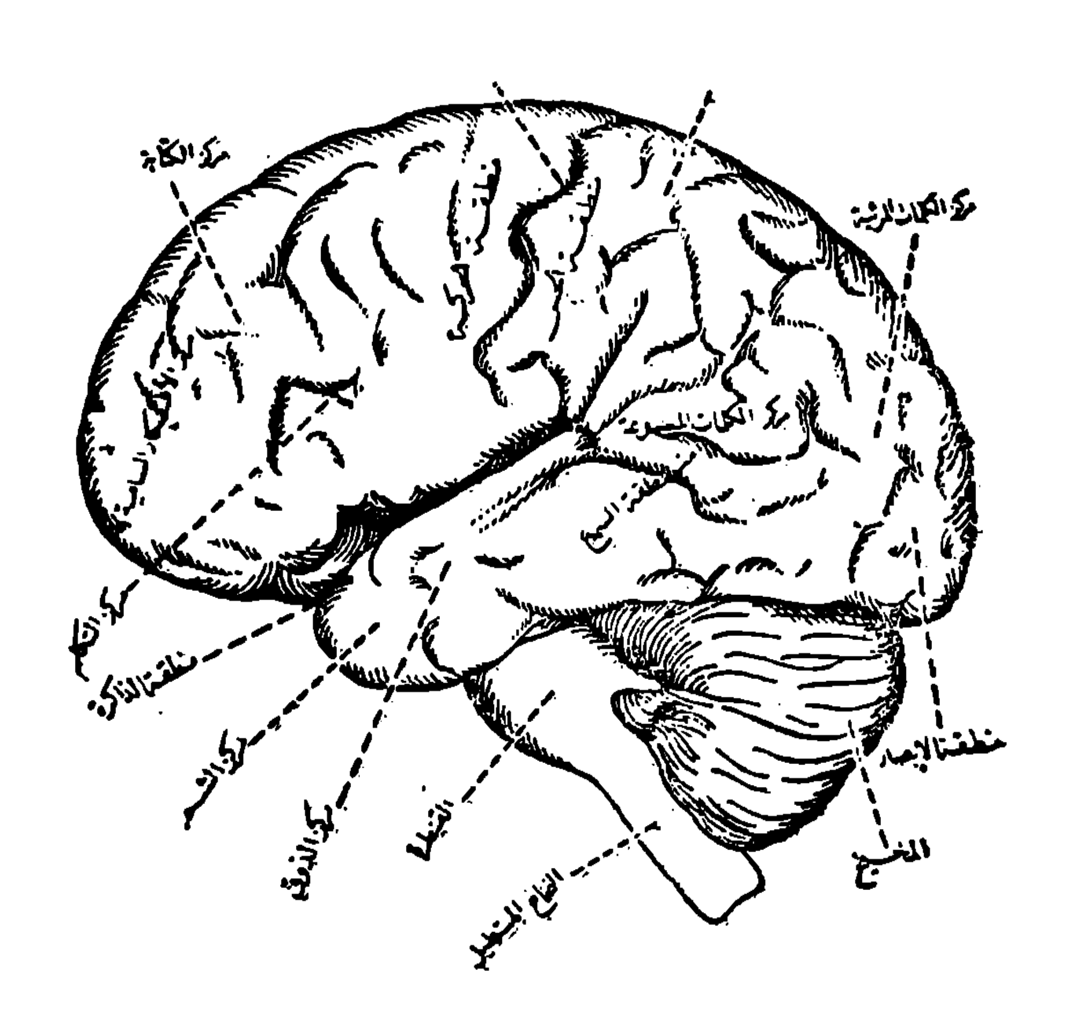
٤ — فى الفص الجبهى (Frontal) من القشرة المخية أو اللحاء توجد مراكز الحركة . وعند أسفل التلفيف الجبهى الثالث توجد المراكز الخاصة بأعضاء الحنجرة والبلعوم والفم، وقد سميت هذه بمنطقة (بروكا Broca)[(١)] نسبة إلى

---

(١) يرجع الفضل إلى اكتشاف تلك المنطقة لـ « بولس بروكا » الذى أحرز لنفسه منزلة عالية فى الطب والجراحة . كان هذا الطبيب يعمل جراحا فى أحد مستشفيات باريس وقد تصادف أن نزل فى هذا المستشفى شيخ فقير بائس قضى تحت وطاة المرض قرابة ربع قرن . وكان هذا المريض قبل دخوله المستشفى قد أصيب وهو فى الثلاثين من عمره بشلل أصاب نصفه الأيمن وعطله عن الحركة كما احتبس الكلام لديه فيما عدا لفظة (تان) التى كانت اللفظة الوحيدة التى يستطيع المريض أن يلفظها .

ثم حدث ذات يوم أن أصيب (تان) بالتهاب فى أحد ساقيه أدى إلى وفاته . وبعد مرور أربع وعشرين ساعة من وفاته كان دماغه موضوعا أمام الطبيب وهو يتأمله . وظل بروكا يطيل التأمل فى الدماغ وراح يعمل بمشرطه فى دماغ (تان) ويشرحه تشريحا دقيقا ولم يلبث أن شاهد فى الجزء اليسارى منه فجوة صغيرة خالية من الأنسجة والخلايا فتوقف قليلا عن العمل وأخذ يشير إلى مركز هذه الفجوة وهو يقول « هنا يجب أن يكون مركز الكلام » .

الجراح الذى اكتشفها ، كما يطلق عليها أحياناً المركز الحركى الكلامى ، أو منطقة اللغة الحركية ، وهى التى تسيطر على الحركات المختلفة لأعضاء الكلام ، فإذا أصيبت الأنسجة التى تتكون منها هذه المنطقة بتلف ما ، أصيب الفرد باحتباس فى كلامه .



(شكل ٦)

المراكز الحسية المختلفة فى اللحاء

ويكون المركز الحركى الكلامى فى حالة نشاط وعمل فى نصف كرة الدماغ الذى يقع فى الناحية اليسرى ، وذلك فى حالة الشخص اليمينى ، والعكس صحيح فى حالة الشخص اليسارى . وتتصل الفصوص الأربعة الكبيرة التى تتكون منها القشرة الدماغية بعضها ببعض بواسطة مسالك (Tracts) ، كما أن نصفى كرة

الدماغ يتصلان كذلك عن طريق المقرن الأعظم المسمى : Corpus) (Callosum ومما تجدر الإشارة إليه أن مراكز الدماغ تعمل بعضها مع بعض مشتركة عن طريق مناطق الترابط التى تجعلنا ننظر إلى عمل تلك المراكز المختلفة ككل ، أو كشبكة متصلة الحلقات ، بمعنى أنه على الرغم من أن الوظيفة التى يقوم بها كل مركز على حدة تختلف عن وظيفة المراكز الأخرى إلا أن النشاط المركزى السمعى مثلا يتأثر بالنشاط الذى يقوم به المركز البصرى أو المركز الحركى .

يترتب على ذلك القول : بأن العملية الكلامية تحتاج إلى نوع من التوافق الوظيفى بين تلك المراكز ، وإلا لما حدث الكلام بالشكل المألوف ذى الدلالة ، والذى يصبح أداة للتخاطب والتفاهم بين أفراد المجتمع .

إن الطفل فى الأسابيع الأولى من حياته ، يستطيع أن يحدث كما بينا أصواتا بشكل آلى ، لا إرادى نتيجة لبعض الدوافع الحركية (motor - impulses) ، وتعتبر هذه الأشكال الصوتية الصادرة عن الطفل المادة الأولية التى ينحت منها أصوات الحروف المختلفة . ويلاحظ منذ الشهر الخامس من حياة الطفل ، أن الأصوات التى كان يصدرها بصفة تلقائية تأخذ معنى آخر ، إذ تبدأ تظهر بعض التأثيرات فى نفس الطفل نتيجة لتكرار هذه الأصوات التى كان يصدرها دون قصد منه ، فالطفل عندما يصدر الصوت (دا) مثلا — وهو صوت يصدر عنه فى بادئ الأمر بشكل تلقائى لا إرادى — يشعر عند سماعه له بشىء من السرور يدفعه إلا تكرار الصوت ؛ وهنا يرتبط سروره الحادث من اللعب بالأصوات (vocal play) بإدراكه للصوت المسبب لهذا السرور ، أو بعبارة أخرى ترتبط حالة شعورية معينة عنده ببعض الأشكال الصوتية المسببة لتلك الحالة[١] .

ويخلق سماع الطفل لصوته وسروره الحادث من هذه العملية عاملا وجدانياً يدفعه إلى القيام بمحاولات تكرار جديدة، فيقول : (دا .. دا .. دا) . ويصبح

---

(١) Stern: Psychology of early childhood, P. 143.

الوضع الجديد لهذا النوع من ردود الأفعال، عبارة عن حلقة دائرية (circular) ، تتضمن القول والسمع، وبنفس الطريقة تتكون أشكال أخرى مماثلة من التركيبات الدائرية الشرطية (circular conditional responses) .

وعندما تتكون مجموعة من تلك التركيبات، يتخذ منها الكبار الذين حوله موقفا خاصا: فرغبة منهم فى تشجيعه، وتعبيرا عما يشعرون به من سرور وانشراح نجدهم يكررون نفس ما يقوله الطفل ، فيبدأ الطفل يقارن الأصوات التى يخرجها بتلك التى نطقت بها أمه أو مربيته . وكم يكون سرور الطفل، وكم تتضاعف سعادته عندما يدرك وجه الشبه بين ما يفوه به وما ينطقون به . ويحاول الطفل إذ ذاك أن يربط بين أصواته وأصواتهم . وهنا ينتقل الطفل من التقليد الذاتى الذى يقلد فيه نفسه دون التأثر بالتجارب الخارجية عن محيطه إلى التقليد الموضوعى الذى يقلد فيه غيره[1] .

ولتشجيع الطفل على الكلام، نجد الأم وهى تكرر الصوت (دا .. Da) مثلا — وهو فى الأصل صادر عن الطفل — تنطق به من وقت لآخر، مصحوبا بكلمة تبدأ بنفس المقطع الصوتى (مثل كلمة داده) ثم فى موقف آخر نجدها تشير إلى الشىء الذى تدل عليه الكلمة، وهنا يدخل عامل جديد فى عملية اكتساب اللغة، هو عامل الإدراك البصرى؛ فيدرك الطفل إذ ذاك معنى الشىء المدرك بالكلمة التى يسمعها (إدراك سمعى) ، ثم يحاول أن يلمس الشىء المدرك ويعبث به (إدراك لمسى) . ومن ثم فإننا نلاحظ أنه إذا وقع بصر الطفل فى ظروف أخرى على (داده) ، فإنه يصرخ مناديا بالكلمة .

وهكذا يتعلم الطفل معانى الأشياء والألفاظ التى تدل عليها . وقد ابتدأت العملية — كما رأينا — بإصدار أصوات لا إرادية نتيجة لحركات الجهاز الكلامى

---

(١) « نظرية الجشتلط وأثرها فى تعليم اللغات » للدكتور مصطفى فهمى « رسالة ماجستير » قدمت لكلية الآداب بجامعة القاهرة عام ١٩٤٢ .

(وهذا مظهر حركى صرف) . ولكن سرعان ما تكتسب هذه الأصوات دلالات معينة نتيجة لنمو المدركات الحسية ــ سمعية ، وبصرية ، ولمسية ، (وهذا مظهر حسى) . ولا يمكن أن يستقيم كلام الطفل، إلا إذا كان هناك توافق بين المظهر الحركى الكلامى والمظهر الحسى الكلامى ، مما يدعونا إلى اعتبار (ميكانيزم) الكلام كلام ديناميكيا .

نمو مفردات الأطفال :

تنوعت طرق الباحثين فى دراسة نمو مفردات الأطفال ، وأكثر هذه الطرق انتشاراً هى الطرق التى تقوم على ملاحظة حديث الطفل فى فترة معينة لمدة تتراوح من بضع ساعات إلى يوم أو أكثر، ثم تدون الكلمات التى ينطقها الأطفال ، ويستمر استعمال هذه الطريقة مع نفس الطفل كلما تقدمت السن به ، لمعرفة محصوله فى المفردات أثناء عملية النمو . ومن أمثلة هذه الأبحاث الفردية بحث قامت به السيدة (W. S. Hall) على نجلها ، وبحث قامت به (Deville) على ابنته .

وقد أجرى بعض الباحثين أبحاثهم بطريقة جمعية ؛ فكانت ملاحظاتهم تنصب على مجموعة من الأطفال ؛ ومن أمثلة هذا النوع الجمعى من الأبحاث ما قامت به سميث (Smith)[١] فى أمريكا ، ويمكن تلخيص نتائج أبحاثها فى الجدول الآتى :

---

(١) Smith, M. E.: The extent of vocabulary in young children.

العمر بالسنوات والشهور	عدد الأطفال	عدد المفردات
٨ أشهر	١٣	صفر
١٠ أشهر	١٧	١
— ١ سنة	٥٢	٣
٣ أشهر ١ سنة	١٩	١٩
٦ أشهر ١ سنة	١٤	٢٢
٩ أشهر ١ سنة	١٤	١١٨
— ٢ سنة	٢٥	٢٧٢
٦ أشهر ٢ سنة	١٤	٤٤٦
— ٣ سنة	٢٠	٤٩٦
٦ أشهر ٣ سنة	٢٦	١٢٢٢
— ٤ سنة	٢٦	١٥٤٠
٦ أشهر ٤ سنة	٣٢	١٨٧٠
— ٥ سنة	٢٠	٢٠٧٢
٦ أشهر ٥ سنة	٢٧	٢٢٨٩
— ٦ سنة	٩	٢٥٦٢

التعبير الشفهى :

يستعمل الطفل فى العام الأول من حياته الكلمة فى معنى الجملة ، ويطلق على هذه المرحلة التعبيرية مرحلة الكلمة الجملية (Word Sentence) وهى مرحلة غامضة بالنسبة للسامع ، فالطفل عندما يرى تفاحة أمامه ويقول « تفاحة » فإن السامع تتطرق إلى ذهنه معان عدة ، أيريد الطفل بذلك أن يقول : « عاوز التفاحة » أم يريد أن يقول : « اقطع التفاحة ليسهل علىّ أكلها » إلى غير ذلك من الاحتمالات الكثيرة التى يعتمد الكبار — فى اكتشاف مراد الطفل منها — على ما يظهر عليه من انفعالات .

ويستطيع الطفل فى سن عامين أن يستعمل فى تعبيره كلمتين معا ، ثم يأخذ عدد الكلمات فى الزيادة وفقا لسن الطفل ودرجة ذكائه والبيئة التى يعيش فيها .

وعبارات الطفل فى السنوات الأولى من حياته تكون سليمة من الناحية الوظيفية ، بمعنى أنها تؤدى المعانى التى يريد الطفل التعبير عنها ، ولكنها تكون غير كاملة أو غير صحيحة من ناحية التركيب اللغوى .

ويستطيع الطفل بعد انتهاء العام الثانى التعبير عن أفكاره فى جمل قصيرة بسيطة ، كما أنه يستطيع استخدام الأفعال فى بناء الجملة ، وهكذا يأتى استخدام الفعل فى مرحلة متأخرة ، فإدراك الأسماء واستعمالها يسبق إدراك الأفعال واستعمالها ، ويرجع ذلك إلى ما فى طبيعة الفعل من تعقيد ، إذ أنه يدل على « حدث » و « زمن » بعكس الأسماء .

ويتمكن الطفل فى عامه الثالث من استعمال جمل يبلغ عدد مفرداتها ثلاث كلمات ثم تزداد قدرته على تكوين الجمل حتى يتمكن فى سن الرابعة والنصف من استعمال جمل تتكون الواحدة منها من أربع مفردات أو ست . وتنمو قدرة الطفل على استعمال الجمل المركبة تبعا لدرجة ذكائه ومستواه الاجتماعى .

وقد لوحظ أن عدد مفردات الجملة يزيد من متوسط « ١,٢ — ٧ — ١ » فى سن « ١٨ » شهرا إلى « ٤,٦ » فى سن أربع سنوات ونصف .

الخلاصة :

إن الكلام وظيفة مكتسبة لها أساس حركي وآخر حسى ، وإن عملية التوافق بين المظهرين لها شأن كبير فى نمو اللغة لدى الطفل ، وكلما كان هذا التوافق طبيعيا ، كان الكلام بدوره طبيعيا كذلك . غير أنه فى بعض الحالات توجد بعض العوامل البيئية أو العضوية أو النفسية أو الوظيفية فتحدث بسببها أنواع مختلفة من الصعوبات والاضطرابات ، بعضها خاص بالنطق والبعض الآخر خاص بالكلام والتعبير .

المراجع

(1) Human physiology : K. Walker (1954).

(2) Defects of Speech : I. C. Ward (1947).

(3) Infant Speech : Lewis (1942).

(4) An Outline of English phonetics : D. Jones.

(5) A years' course in speech training : Mc. Allister (1947).

الفصل الثاني

عيوب النطق والكلام

تقسيمها ودراسة إحصائية لمدى انتشارها بين تلاميذ المدارس

الأساس الذى يقوم عليه التقسيم :

جرت عادة الباحثين أن يقسموا اضطرابات الكلام وعيوب النطق إلى قسمين رئيسيين :

(أولا) عيوب ترجع العلة فيها إلى أسباب أو عوامل عضوية (organic) .

(ثانيا) عيوب ترجع العلة فيها إلى أسباب وظيفية (Functional) .

والقسم الأول من تلك العيوب يكون السبب فيه أحد العوامل الآتية :

عيب فى الجهاز الكلامى أو السمعى كالتلف أو التشوه أو سوء التركيب فى أى عضو من أعضاء الجهازين ، أو النقص فى القدرة الفطرية العامة (الذكاء) ، يؤدى إلى خلل فى تأدية هذا العضو أو تلك القدرة ، فيحدث نتيجة لذلك عيب فى النطق ، أو احتباس فى الكلام أو نقص فى القدرة التعبيرية .

ونلاحظ فى حالة العيوب أو الاضطرابات التى تنجم عن علة وظيفية « القسم الثانى » أن المصاب لا يشكو أى نقص عضوى فى الجهاز الكلامى أو السمعى ؛ وكل ما هنالك أن قدرة الفرد على التعبير متأثرة بعوامل غير عضوية تسبب له اضطرابات عدة تختلف من حيث نوعها وشدتها وفقاً لمدى قوة هذه العوامل وتأثيرها فى الفرد .

وهناك ـ بجانب التقسيم السابق ـ تقسيم آخر أكثر تفصيلا لا يقوم فى أساسه على النظر إلى مصدر العلة (Etiology) بل يقوم على أساس المظهر الخارجى للعيب الكلامى ، وتتخذ هذه العيوب ـ على حسب هذا التقسيم الجديد ـ أشكالا مختلفة منها ما يأتى :

(١) التأخر فى قدرة الأطفال على الكلام .

(٢) احتباس الكلام أو فقد القدرة على التعبير ، وهذه المجموعة من الأمراض الكلامية معروفة باسم « الأفيزيا » (Aphasia)

(٣) العيوب الإبدالية : وهى عيوب تتصل بطريقة نطق أو تقويم الحروف وتشكيلها (Artilculation) .

(٤) الكلام الطفلى (Infant Speech) .

(٥) الكلام التشنجى (Spastic Speech) .

(٦) العيوب الصوتية (Voice Disorders) .

(٧) العيوب التى تتصل بطلاقة اللسان وانسيابه فى التعبير (Fluency) ، ومن أهم تلك العيوب الظاهرة المرضية الكلامية المعروفة باسم « اللجلجة أو التهتهة » .

(٨) عيوب النطق والكلام : الناتجة عن نقص فى القدرة السمعية أو القدرة العقلية .

ومن تلك العيوب ما يظهر فى بعض الحالات منفردا ، ومنها ما يكون مصاحبا لعلة أو أكثر من العلل السابقة ؛ فقد يحدث مثلا أن يشكو الطفل من إبدال بعض الحروف فى الوقت الذى يتعرض فمه للجلجة فى ظروف خاصة . كما يحدث فى حالات أخرى أن يتحدث الطفل بطريقة طفلية مبهمة ، تدل على عدم نضجه الكلامى ، وفى الوقت ذاته يعانى نوعا من اللجلجة التوقفية .

تنوع مصدر العلة فى العيب الكلامى الواحد :

هذا ونحب أن نشير ونحن بهذا الصدد إلى مصدر العلة فى الكثير من المظاهر الكلامية المرضية السابقة تختلف من حالة لأخرى ، فقد يحدث أن تكون الثأثأة فى الكلام « Stigmatism » — وهى نوع من العيوب الإبدالية — راجعة إلى سبب عضوى أو إلى علة وظيفية ، كما أن تأخر الكلام عند الأطفال تختلف مسبباته من حالة لأخرى ، فهناك حالات ترتبط فيها العلة بالنقص العقلى أو الجسمى ؛ بينما توجد حالات أخرى تعانى ذلك بسبب ضعف فى القدرة السمعية تنشأ عنه اضطرابات فى التمييز بين الأصوات المنطوقة ، وبجانب هذا وذاك قد يكون تأخر الكلام — فى حالات نادرة — راجعا إلى عامل أو أكثر من العوامل

الآتية : عدم التوافق المزاجي ، التقليد ، المستوى الفقير فى الكلام بالمنزل ، التدريب غير المناسب ، العوامل العاطفية ، النقص فى الحوافز والبواعث ... إلخ .

دراسات إحصائية لمدى انتشار عيوب النطق :

أما نوع الإصابة بهذه العيوب الكلامية ومداها فإنها تختلف تبعا لاختلاف الجنس والسن والبيئة التى ينشأ فيها الطفل . فقد لوحظ مثلا أن اللجلجة فى البنين أكثر منها فى البنات ؛ ولعل ذلك راجع إلى أن القدرة اللفظية « Verbal Ability » لدى البنات أقوى منها بوجه عام لدى البنين ، وهذا مما يؤكد أثر اختلاف الجنس ؛ كما لوحظ أن نسبة اللجلجة تزداد مع تقدم العمر ، وعلى العكس من ذلك العيوب الإبدالية فهى أكثر انتشارا بين تلاميذ وتلميذات رياض الأطفال منها بين أطفال المدرسة الابتدائية . أما عن مدى قابلية أطفال الممالك المختلفة للإصابة باللجلجة فقد وجد « بوم » و « ريتشردسن »(١) بناء على أبحاث مقارنة إن نسبة اللجلجة بين تلاميذ المدارس تختلف من إقليم لآخر ؛ ففى الولايات المتحدة الأمريكية وكذلك فى إنجلترا لاحظا أن النسبة العامة للجلجة بين البنين والبنات هى ١٪ بينما ترتفع هذه النسبة إلى ٢٪ فى بلجيكا . والغريب أن اللجلجة غير معروفة بين جماعات الهنود الحمر .

ولقد قمت فى مصر بناء على تكليف من الإدارة العامة للصحة المدرسية بدراسة إحصائية لعيوب النطق والكلام فى بعض المدارس الأولية بمنطقة القاهرة(٢) .

وقد أجرى هذا الإحصاء على ٢٥١٩٥ طفلا من أطفال المدارس الأولية ؛ منهم ١٣١٣١ من البنين ، و١٢٠٦٤ من البنات ، وكانت أعمارهم تتراوح بين ٦ سنوات و ١٤ سنة ، وبلغ عدد المدارس التى شملها البحث ٤٩ مدرسة ؛ منها

---

(١) Boome, & Rechardson: Nature and Treatment of Stammering London (1949).

(٢) أجرى هذا البحث فى عام ١٩٤٩ — ١٩٥٠

٢٢ للبنات ، و١٧ للبنين ، وهى موزعة فى أنحاء القاهرة وضواحيها ؛ من مصر الجديدة والعباسية وشبرا وعابدين ، إلى الأحياء الوطنية فى طولون والشرابية والأزهر . إلخ . وقد لاحظت تفاوتا كبيراً بين مدرسة وأخرى ، وبين حى وآخر ؛ فهناك مدارس نموذجية أولية ، وثمت مدارس أولية عادية ، وليس الفرق بين هذه وتلك مقصوراً على الاستعداد ، بل على المظهر الخارجى والداخلى للمدرسة ولفتت نظرى معاملة المدرسين والمدرسات للتلاميذ التى يشوبها شىء من العنف . هذا ، وقد كان ازدحام الفصول بالتلاميذ مثار دهشتى ، الأمر الذى جعلنى أوقن أن العناية بمشكلات الأطفال غير كافية .

وكان الاستقصاء يجرى بطريقة فردية ، تأخذ شكل محادثة بين المختبَر والمختبِر . وفى بعض الحالات — وخاصة فى الفرق العالية — استعملت المطالعة الجهرية للكشف عن عيوب النطق والكلام المختلفة ، وقد كان لرأى مدرسى الفصول أثر فعال فى توجيه عملية الإحصاء ، وتبين الجداول الآتية نتائج الإحصاء :

جدول يبين عدد المصابين بعيوب النطق والكلام
فى بعض المدارس الأولية بالقاهرة

العيب	عدد المصابين		المجموع
	بنين	بنات	
اللجلجة	٩٧	٧٣	١٧٠
إبدال الحروف	٣٣٦	٦٤٦	٩٨٢
كلام « طفلى »	٨٢	٥٥	١٣٧
عيوب أخرى	١٠٠	٧٦	١٧٦
الجملة	٦١٥	٨٥٠	١٤٦٥

ويمكن التعبير عن هذه النتائج بالنسب الآتية :

١ ــ النسبة فى عيوب النطق :

(أ) فى البنين : ٤,٦ (ب) فى البنات : حوالى ٧٪

(جـ) فيهما معا ٥,٨

٢ ــ النسبة العامة للجلجة :

(أ) فى البنين : حوالى ٠,٧٣٪ (ب) فى البنات : حوالى ٠٦١٪

٣ ــ النسبة العامة للإبدال :

(أ) فى البنين : حوالى ٢,٥٪ (ب) فى البنات : حوالى ٥,٣٪

(جـ) فيهما معا : حوالى ٣,٩ ٪

٤ ــ النسبة العامة للكلام الطفلى :

(أ) فى البنين : حوالى ,٦٢٪ (ب) فى البنات : حوالى ,٤٥٪

(جـ) فيهما معا : حوالى ,٥٤ ٪

٥ ــ النسبة العامة للعيوب الأخرى :

(أ) فى البنين : حوالى ,٧١٪ (ب) فى البنات : حوالى ,٦٣٪

(جـ) فيهما معاً : حوالى ,٧ ٪

جدول يبين النسبة المئوية لحالات اللجلجة والإبدال في الأعمار بين ٦ سنين و١٣ سنة

السن	عدد الأطفال المفحوصين	عدد حالات الإبدال	عدد حالات اللجلجة	النسبة المئوية إبدال	النسبة المئوية لجلجة
٦	٦٧٢٦	٤٧٨	٣٣	٪ ٧	٪ ,٤٨
٧	٦٢٦١	٣٩٨	٢٦	٪ ٦	٪ ,٤١
٨	٣٣٥٤	١٧٩	٣٣	٪ ٥	٪ ,٩٨
٩	٢٩٦٦	٩٠	٢٧	٪ ٣	٪ ,٩١
١٠	٢٩٨٨	٩٣	١٩	٪ ٣,١	٪ ,٦٣
١١	١٧٢٢	٥٦	٢٠	٪ ٥,٧	٪ ١,٢
١٢	١٤١٢	٥٠	٩	٪ ٣,٥	٪ ,٦٣
١٣	٨٧٩	٢٣	٣	٪ ٢,١	٪ ,٣٨

مناقشة النتائج :

يلاحظ على النتائج السابقة ما يأتى :

(أ) النسبة العامة للجلجة بين البنين والبنات متقاربة . وقد استرعت هذه النتيجة انتباهنا ، حين قارناها بمثيلاتها فى البلاد الأوربية والأمريكية ، ذلك لأن نسبة اللجلجة فى البنات والبنين تتراوح فى تلك البلاد بين ١ : ٣ ، ١ : ٩ ، بمعنى أن المتوسط يكاد يكون حالة واحدة فى الفتيات ، مقابل ست حالات فى الفتيان ، ويمكن تعليل ذلك التضارب فى النتائج بين مصر وغيرها من البلدان بأن البنت تعانى حرمانا أكثر من الولد فى الظروف الاجتماعية المصرية التى تغرس فى الفتاة مشاعر النقص والذنب ، فمعاملة البيئة لها تشعر بأنها مرغوب فيها . وليست الحال كذلك فى البلاد الأوربية ، فالفتاة هناك تحظى بما يحظى به الفتى من حريات ، وقد لا يكون الضغط الاجتماعى عليها أكثر منه على الفتى .

الإبدالية . وسبب ذلك فى المرحلة التى تقع بين ست سنوات وسبع أن جهاز الطفل الكلامى لا يكون قد بلغ درجة من النضج تمكنه من التحكم فى حركات أعضاء الكلام لديه . وبالإضافة إلى ذلك فهذه المرحلة هى مرحلة إبدال الأسنان ، ولا شك أن تلك الحالة تنشأ عنها بعض العيوب الخاصة بالنطق ؛ ومن أكثر العيوب الإبدالية شيوعا قلب حرف السين ثاء ، وحرف الشين سيناً ، وحرف الراء غيناً أو لاما ، وحرف الحاء ألفاً .

(ج) هنالك زيادة ملحوظة فى النسبة العامة للجلجة فى سن الثامنة والتاسعة والحادية عشرة ، ويمكن تعليل هذه الزيادة فى الثامنة بأن التلميذ قد انتقل إلى بيئة جديدة لم يعد فيها الطفل المدلل كما كان فى المنزل ، فضلا عن تحمل المسئوليات المدرسية وما يكلف به من واجبات . وينسحب ذلك على سن التاسعة . أما فى سن الحادية عشرة ، فتلك بداية مرحلة المراهقة ؛ ذلك الدور الذى يتميز بالاضطراب النفسى ، الذى يؤثر بدوره على العمليات العقلية وعلى المظاهر الانفعالية وما يتصل بهما .

دراسات إحصائية لعيوب النطق فى الريف المصرى :

أجرى الباحث بالاشتراك مع الهيئة المصرية الأمريكية لشئون التعليم دراسة إحصائية لمعرفة مدى انتشار عيوب النطق فى منطقتين من مناطق الريف المصرى إحداهما فى القرى القريبة من مركز قليوب ، والأخرى فى منطقة شبرامنت التابعة لمديرية الجيزة[1] .

وقد بلغت العينة التى فحصت فى التجربة الأولى (تجربة قليوب) حوالى ٢٤٠ تلميذا و٥٤ تلميذة من مدارس قرى ميت حلفا ، وميت نما ، وكوم أشفين ، وكانت أعمارهن تتراوح بين ٦ و١٤ سنة .

وقد اتضح بعد الفحص الفردى أنه توجد بين المجموعة المختبرة (٨٧) حالة تشكو من علة أو أكثر من عيوب النطق والكلام . وإليك التفصيل :

---

(١) أجرى هذا البحث على دفعتين الأولى فى عام ١٩٥٤ . والثانية فى عام ١٩٥٦

جدول يبين توزيع عيوب النطق
فى منطقة قليوب

نوع العيب	بنين	بنات	المجموع
لجلجة	—	—	—
عيوب إبدالية	٣٩	١١	٥٠
كلام طفلى	٨	—	٨
عيوب صوتية	٢٠	٤	٢٤
عيوب أخرى	٢	٣	٥
	٦٩	١٨	٨٧

التجربة الثانية (تجربة شبرامنت) :

بلغت العينة المفحوصة فى هذه التجربة ٩٤٧ طفلا (٥٩٧ ولدا و ٣٥٠ بنتا) ، جميعهم من تلاميذ وتلميذات القرى التالية (شبرامنت ، نزلة البطران ، وكذلك نزلة السمان) .

وفى هذه التجربة الأخيرة لم يتبع الباحث ما اتبعه من طرق للكشف عن عيوب النطق والكلام فى منطقة القاهرة[1] ، بل اتبع طريقة أخرى بدت أكثر دقة فى دراسة تعدد حدوث حالات العجز فى الكلام ، وهذه الطريقة كانت تعتمد اعتمادا كليا على المقابلة الفردية مع كل طفل على حدة ، والتحدث معه فى موضوعات مختلفة ، ثم مطالبته بالقراءة بصوت مرتفع . ومما يجدر ذكره أن الكشف الطبى الشامل الذى قام به مركز تدريب الصحة العامة بشبرامنت ، كان عاملا هاما من العوامل التى ساعدت الباحث على الكشف عن العلل العضوية

(١) اعتمد الباحث فى تجربة القاهرة على تقارير المدرسين عن حالات عيوب النطق المختلفة فى الفصول التى يقومون بالتدريس فيها .

التى يشكو منها بعض الأطفال الذين كانوا يعانون من عيب أو أكثر من العيوب ولعله بذلك يستطيع أن يربط بين الأعراض ومسبباتها ، فى حالات العيوب المختلفة التى كشف عنها البحث .

وسنورد فيما يلى النتائج المختلفة التى حصلنا عليها فى منطقة شبرامنت :

جدول يبين عيوب النطق والكلام موزعة على الأعمار المختلفة
(شبرامنت)

السن	عيوب نطق		عيوب صوتية		خنف		لجلجة		المجموع
	بنين	بنات	بنين	بنات	بنين	بنات	بنين	بنات	
٦	١٩	٣	٥	–	٤	–	–	–	٣١
٧	١٤	٩	٥	٣	٢	–	١	–	٣٤
٨	١٤	٧	٧	٢	١	–	–	–	٣١
٩	٦	٢	٤	٢	٢	–	–	–	١٦
١٠	٣	٤	٣	٣	٢	–	–	–	١٥
١١	٤	٣	٥	–	٢	–	–	–	١٤
١٢	٥	١	١	–	–	–	–	–	٧
المجموع	٦٥	٢٩	٣٠	١٠	١٣	–	١	–	١٤٨

جدول يبين النسب المئوية لعيوب النطق فى (شبرامنت)

السن	عيوب النطق	العيوب الصوتية	الخنف	التهتهة	متوسط النسب المئوية
٦	١٧,٥	٤	٢,٢	–	٢٤
٧	١٣,٦	٤,٧	١٠	١,٤	٢٠,٧
٨	١٠,٥	٤,٥	٠,٥	–	١٥,٥
٩	٧	٥	٢	–	١٤
١٠	٤	٣,٩	١,٥	–	١٠
١١	٦,٣	٤,٥	٢	–	١٢,٨
١٢	٧,٨	١,٥	–	–	٩,٢
المتوسط	٩,٦	٤,١	١,٣	٠,٢	١٥,٦٪

تحليل النتائج :

(١) يوجد عدد كبير من تلاميذ وتلميذات المرحلة الأولى بالريف المصرى فى المناطق التى قمنا بفحصها مصاب بعيوب فى النطق .

(٢) بلغت هذه النسبة فى قرى مركز قليوب ٢٦,٥٪ ؛ وفى منطقة شبرامنت بالجيزة بلغت ١٥,٦٪ ؛ بمتوسط يعادل ٢٠,٩٪ . وهذه بالطبع نسبة عالية إذا قيست بمدى انتشار عيوب النطق فى منطقة القاهرة ، حيث بلغت النسبة كما أوضحنا ٧,٥٪

(٣) لم نجد إلا حالة لجلجة واحدة فى العينة التى قمنا بفحصها ، وهذا دليل واضح على أن اللجلجة نادرة الحدوث بين أطفال الريف المصرى . (النسبة المئوية ٠,٢٥٪ . وهى بمعدل حالة فى كل ألف حالة . وقد أثبتت دراستنا فى مدارس المرحلة الأولى بمدينة القاهرة ، أنه توجد خمس حالات فى كل ألف حالة أى بنسبة ½ فى المائة) .

وهذا يوضح أيضا النظرية القائلة بأن ما تفرضه حياة الحضر من ضغوط هو العامل الرئيسى الذى يؤدى إلى مثل هذا الاضطراب الكلامى .

(٤) الكثير من عيوب النطق كانت بسبب علل عضوية ، إذ لوحظ ما يأتى فى منطقة شبرامنت :

٣٢ حالة كانت أسنانها تالفة .

٣٠ حالة كانت مصابة بالتهاب مزمن فى اللوزتين .

٩ سوء تركيب سقف الحلق .

٢٧ صلابة سقف الحلق .

ولا شك أن هذه ظاهرة تحتاج إلى مزيد من العناية الطبية يساعد هؤلاء الأطفال على التغلب على عيوبهم الكلامية .

الفصل الثالث

تأخر الكلام عند الأطفال

تأخر الكلام عند الأطفال

تمهيد :

كانت العناية بأمر الأطفال الذين يعانون تأخراً فى القدرة الكلامية ينظر إليها ــ إلى عهد قريب ــ على أنها نوع من الترف ليس فيه كبير فائدة ؟ بل كانت ينظر إليها على أنها إضاعة للوقت والجهد . وبقى الحال على ذلك حتى أثبتت الأبحاث الأكلينيكية والدراسات التربوية الحديثة وجوب الأخذ بناصر أولئك الأطفال ، وضرورة العناية بهم ، شأنهم فى ذلك شأن زملائهم السويين الذين لا يعانون نقصاً أو شذوذاً . ومن هنا اتجهت الأفكار تتحول ، فأعدت لهم دراسات خاصة بهم ، وأنشئت لهم فصول أو معاهد تضمهم . وكان الهدف الذى تهدف إليه تلك المعاهد هو تنظيم أبحاث ودراسات تقوم على أسس نفسية ، وتربوية ، وطبية يقوم بها أشخاص دربوا تدريباً خاصا ، وأعدوا إعداداً فنيا ، للعناية بأمر أولئك الشواذ ، والقيام على أمرهم ! حتى يجعلوا منهم أفراداً يتمتعون بالحياة فى حدود إمكانياتهم .

ومما لا شك فيه أن الاهتمام بأمر أولئك الأطفال ، والعمل على تعليمهم وإعدادهم ليكونوا أفرادا نافعين ، يحل مشكلة من أصعب المشكلات التى تضعف المجتمع ، وتفت فيه .

إن المجتمع الذى يغفل أمر هؤلاء الأطفال ، ولا يعمل جاهداً على الأخذ بناصرهم ، هو ــ بلا شك ــ مجتمع موصوم بالعجز والإهمال والغفلة ! بل إنه يرتكب جريمة مع أبشع الجرائم ! حيث يهدر إنسانية فئة من أفراده ينقلبون ــ نتيجة لهذه القسوة ــ إلى أعداء ألداء له .

(*) فى اللغة الإنجليزية يستعمل للدلالة على هذه الظاهرة المرضية الكلامية الاصطلاحان : Delayed or Inhibited Speech

متى تبدأ الكلمة الأولى :

إن أول كلمة يستعملها الطفل تظهر فى الشهر التاسع تقريباً ؛ غير أنه قد يحدث أن يتأخر ذلك تبعا للفروق الفردية بين الأطفال . ومن أهم تلك الفروق ماهو متصل بالقدرة العقلية الفطرية العامة « الذكاء » ، أو ما هو متصل بالجنس ؛ ذلك لأن القدرة اللفظية عند البنت تكون أسرع منها عند الولد . ومن أهم الأبحاث التى أجريت لدراسة الكلمة الأولى ومعرفة وقت ظهورها بحث قام به (Bateman) على مجموعة من الأطفال عددها ٣٥ طفلا ؛ « منهم ١٨ إنجليزياً ، ١٢ ألمانياً ، فرنسيان ، بلغاريان ، بولندى واحد » . ويتضح من نتائج تلك الأبحاث أن نسبة كبيرة من هذه المجموعة من الأطفال قد نطقت الكلمة الأولى ذات الدلالة قبل نهاية العام الأول .

وتكتمل لدى الطفل فى نهاية العام الأول مجموعة من ثلاث أو أربع مفردات ، ثم يأخذ العدد فى الزيادة التدريجية تبعا لتقدم الزمن ، فيبلغ حوالى (٢٢) فى سن الثمانية عشر شهراً ، و (٢٧٢) فى نهايو العام الثانى ، ثم يصل إلى (٨٩٦) فى آخر العام الثالث ، و(١٥٤٠) و(٢٥٦٢) فى العامين : الرابع والسادس على التوالى .

تلك خلاصة الأبحاث التى قام بها (Smith) وهى قريبة من الواقع ؛ لأنها مستمدة من تجارب أجريت على جماعات كبيرة من الأطفال ! بعكس النتائج التى حصل عليها كل من (Hall) و (Deville) فقد كانت ملاحظتهما مقصورة على حالات فردية ، وهى لذلك لا يعتمد عليها .

هذا هو المحصول اللغوى للطفل العادى فى سنى حياته الأولى ، وهو خاضع ــ دون شك ــ لعوامل كثيرة ؛ من أهمها : إمكانية الطفل العقلية ، ومدى استجابات حواسه المختلفة لما يدور حوله من منبهات سمعية وبصرية ولمسية ، مضافاً إلى ذلك المستوى الثقافى للأسرة ، وكذلك الطريقة التى يعامل بها

الطفل ؛ أهى قائمة على أساس من العنف والحرمان والضغط وعدم إتاحة الفرصة التى تمكنه من اكتساب الخبرات ، أم هى قائمة على أساس التفاهم والتسامح والتشجيع ؟

مظاهر تأخر الكلام :

إن تأخر الكلام عند الأطفال يأخذ صوراً وأشكالا عدة ؛ فهو إما أن يكون على شكل إحداث أصوات معدومة الدلالة يقوم بها الطفل كوسيلة للتخاطب والتفاهم ؛ وهو فى هذه الحالة أقرب إلى جماعة الصم البكم فى طريقة تعبيرهم عن حاجاتهم ودوافعهم ؛ وإما أن يأخذ مظهراً آخر ، فتجد الطفل وقد تقدمت به السن التى تسمح له أن يستعمل اللغة استعمالا ميسوراً ، ولكنه مازال يعبر عما يريده بإشارات وإيماءات مختلفة بالرأس أو اليدين . ثم إن هناك مظهرا ثالثاً لتأخر الكلام يشترك فيه الكثير من أفراد هذه الفئة ، حيث يتعذر عليه الكلام باللغة المألوفة التى تعودنا سماعها ، بل إننا نجدهم يستعملون لغة خاصة ليست لمفرداتها أية دلالة لغوية : ألفاظ مدغمةَ متداخلة بدرجة لا تسمح للسامع بمتابعتها أو معرفة دلالاتها ، ونستطيع أن نورد هنا بعض الأمثلة لتوضيح ما نقول ، وهى مقتبسة من حالة طفل يتردد على العيادة النفسية الملحقة بكلية التربية ، يبلغ من العمر أربع سنوات وستة أشهر :

— رحت جنينة الحيوانات ؟

— أيوه .

— شفت إيه هناك ؟

— إيه فيه بط تيل وزولوم . « يقصد : هناك بط كثير والفيل أبو زلومة » .

مثل آخر من حديث الطفل :

« هلاص شيلى شنطة » يقصد « خلاص عاوز اشترى شنطة » .

مثل ثالث : « طوبيهم قطل » يقصد أن الخادمة أوقعت كتب أبيه على الأرض .

وكلام ذلك الطفل — كما يبدو — فيه إبدال وحذف وقلب للحروف ، كما أنه يحذف بعض الكلمات حذفا كليا أو يستعيض عنها بكلمات أخرى ليس بينها وبين الواقع أية رابطة .

ومن بين المظاهر الأخرى لتأخر الكلام عند الأطفال أن يكون عدد المفردات التي يستعملونها ضئيلا جدا ، بمعنى أننا إن أشرنا إلى شيء مادى مألوف ، وطلبنا منهم تسميتهم تعذر عليهم ذلك . ويحضر فى ذاكرتى فى هذه المناسبة حالة طفل يبلغ من العمر سبع سنوات ، كنت أشير له إلى الباب والنافذة والطربوش المعلق على المشجب فكان يتعذر عليه الإتيان بأسمائها ، أو كان يستعمل لفظاً آخر بعيدا كل البعد عن التسمية الأصلية أو مشوها لدرجة يتعذر معها فهم المقصود مما يقول (أمثلة : ولد (لود) ، سجائر (ظالة) ، طربوش (بوخ) ، سبع (سبيه) .

ويأخذ تأخر الكلام عند الأطفال مظهرا آخر يختلف عن المظاهر السابقة ؛ فقد لاحظنا فى بعض الحالات التى قمنا بتشخيصها أن مظهر النقص فى كلام بعض هؤلاء الأطفال يقتصر على الإجابة بكلمة واحدة على ما يوجه إليهم من أسئلة . وإليكم جزءا من محادثة دارت بينى وبين طفل فى الخامسة من عمره توضح ما نقول :

— عندك قلم رصاص ؟ « أيوه »

— فين قلمك ؟ « بابا »

— بابا شايل القلم فين ؟ « جيبه »

وهناك مظهر أخير لتأخر الكلام عند الأطفال يكون على شكل صمت أو توقف فى الحديث للتعبير عن المقصود ! لدرجة أنه يخيل للمتكلم فى أثناء الحديث مع واحد من هؤلاء الأطفال أنه أمام طفل أصم أبكم .

أسباب تأخر الكلام :

استعرضنا المظاهر المختلفة لتأخر الكلام عند الأطفال ، وهى ـ كما بينا ـ متنوعة فى مظهرها الخارجى ، ويرجع هذا التنوع فى المظهر الخارجى إلى اختلاف أسباب العلة . إن مصدر العلة فى هذه الظاهرة المرضية الكلامية ليس واحد فى كل نوع ؛ فهناك عوامل مختلفة ، منها ما يتصل بنقص فى القدرة العقلية أو عيب فى الحدة السمعية ، ومنها ما يرجع إلى إصابة الطفل بأمراض طال زمن علاجها فى الشهور الأولى من حياته ، ومنها ما يرجع إلى أسباب نيورولوجية تتصل بإصابة المراكز الكلامية فى اللحاء بتلف أو تورم أو التهاب . وتكون هذه الإصابة إما ولادية وإما بسبب المرض أو الحوادث .

وسنتناول كلا من هذه العوامل المختلفة على حدة ، مسترشدين ببعض الحالات التى قمنا بتشخيصها وعلاجها فى مراكز عيوب النطق والكلام التى نقوم بالإشراف عليها .

الحالة الأولى ـ حالة تأخر فى الكلام ناجمة عن نقص عقلى

إن للنقص العقلى أثره فى اكتساب اللغة عند الطفل ، وفى مدى قدرته على استعمالها فى التعبير . ويتجلى ذلك الأثر فى قلة المفردات ، وفى أن الأفكار تتصل دائما بالمحسوسات مع عجز والتواء فى طريقة النطق .

وتتفاوت هذه العيوب من حيث الدرجة بالنسبة لحالة المصاب فى سلم الضعف العقلى ؛ فهى تظهر فى (المورون) بدرجة أقل من الدرجة التى تظهر بها عند الأبله مثلا .

وسنعرض هنا حالة فتاة فى الثانية عشرة من عمرها ، وهى تلميذة بالسنة الأولى بمدرسة ابتدائية .

حضرت الفتاة إلى العيادة بصحبة أمها . وقالت الأم : إن ابنتها لا تستطيع أن تتكلم كلاماً مفهوماً منذ صغرها ، وإنها قد تأخرت فى كلامها كثيرا ، إذ

تأخرت إلى نهاية السنة الثانية . ثم أردفت قائلة : إن تاريخ الأسرة سلبى من حيث الحالة التى تعانيها هذه الطفلة ، وهى وحيدتها ولم تنجب غيرها . وكانت الأم فى أثناء الحمل فى صحة جيدة ، وكانت ولادتها كذلك طبيعية ، ورضعت الفتاة من أمها ، وتم ظهور الأسنان ، وتعلمت المشى وضبط وظيفة التبول فى المواعيد المألوفة . ولم تصب بأمراض هامة فى طفولتها .

التحقت الفتاة بالمدرسة الابتدائية منذ أربع سنوات ، ولم تنقل إلى الآن من السنة الأولى . ولقد دلت تقارير المدرسة على أنها على درجة كبيرة من الغباء ، وورد ضمن هذه التقارير أنها لا تستطيع حل أبسط العمليات مثل (جمع : ٤ + ٣) إلا أنها كانت تستطيع العد إلى عشرة فقط ، كما أنها تتعذر عليها التفرقة بين قطع العملة المختلفة وإن كانت تعرف أنها نقود . وهى لا تعرف القراءة أو الكتابة على الرغم من كبر سنها ورسوبها فى السنة الأولى ثلاث سنوات .

أجريت عليها اختبارين لقياس قدرتها العقلية : اختبار (بورتيس) وهو اختبار عملى ، واختبار (بينيه — سيمون) . وقد كان هناك تفاوت بين نتائج الاختبارين ، إذ كانت نسبة الذكاء التى أظهرها الاختبار الأول (٤٠) بينما سجل الاختبار الثانى (٥٢) .

كان عمر الطفلة العقلى — كما دل عليه اختبار « بورتيس » — ٤ سنوات ، بينما هو حسب اختبار « بينيه » خمس سنوات وثلاثة أشهر فى وقت كان عمرها الزمنى فيه اثنتى عشرة سنة .

وسنورد هنا بعض إجابات التلميذة عن بعض أسئلة اختبار (بينيه) : استطاعت أن تفرق بين الألوان : الأحمر والأخضر والأسود ، كما استطاعت أن تشير إلى أجزاء الوجه (الفم والعين والأذن) إلا أنها فى السؤال الخاص بمعرفة استعمال الأشياء كانت إجاباتها تدل على عجز كبير ، وإليكم الدليل (القلم : بتاع الكتاب . الترابيزة للكباية . الحصان : هو الحمار) وكذلك فى الأسئلة الخاصة بالفهم (Comprehension) فلم تزد فى إجابتها عن كلمة (معرفش) .

أما عن سلوك الطفلة فتقرر الأم أن الطفلة لا تستطيع أن تلبس ملابسها بمفردها؛ وإن كانت تميل إلى النظافة وحسن المظهر . وهى تحب اللعب مع بنات يكبرنها سناً ، وكثيرا ما تعتدى عليهن بالضرب، لأنهن يدعونها « العبيطة الخرساء » .

وقد دأبت الفتاة منذ ترددها على العيادة على أن تقول لأترابها : « بكره لما حاتكلم حنعمل فرح كبير ومش حنعزمكم فيه » .

اعترفت الأم بأنها كثيراً ما كانت تعتدى على البنت بالضرب الشديد لاعتقادها أن طريقة كلامها ترجع إلى « الدلع » وليس لها سبب آخر .

تشخيص الحالة من الناحية الكلامية :

نطقت الطفلة الكلمات الأولى (بابا .. ماما) فى سن سنة، ثم أخذ عدد الكلمات فى الازدياد ! إلّا أن طريقة النطق كانت مشوهة ، واستمرت الحال على ذلك إلى أن حولت للعلاج .

فى مقدرة الطفلة التعبير (بشكل ما) إلا أنه يصعب فهم ما تقوله، إذ أنها تحذف بعض الكلمات، وتقلب بعض الحروف أو تبدلها ، يضاف إلى ذلك تداخل واضح بين الحروف والمقاطع والكلمات فى أثناء إخراج الأصوات .

وللطفلة بجانب كل هذا طريقة خاصة فى نطق الكثير من الحروف ، تبعد كل البعد عن النماذج الصوتية المألوفة ، كما أن لها لغة خاصة لا شأن لها بالنماذج الكلامية المعروفة . ولإيضاح تلك الشوائب الكلامية كلها ، أذكر الأمثلة التالية :

ــ إنت فى مدرسة إيه ؟

ــ تواهيبه (تقصد الطفلة بهذه الإجابة اسم ناظرة المدرسة ، وهى : ست وهيبة)

ــ أبوكى بيشتغل إيه ؟

ــ إحه (تقصد بذلك أن والدها يشتغل فى وزارة الصحة) .

التشخيص العام للحالة : تأخر الكلام فى هذه الحالة ــ فى رأينا ــ يرجع إلى تأخر ذكاء الطفلة ، فهى من طبقة البلهاء (Imbéciles) ومن الخصائص المميزة لهذه الطائفة : عجز أطفالها عن رعاية أنفسهم أو مباشرة مصالحهم الخاصة وهم ــ مضافا إلى ذلك ــ لا يستطيعون التفاهم مع غيرهم بالتعبير اللغوى التحريرى رغم إعطائهم الفرصة والوقت الكافيين لتعلم الكتابة . وهم لا يستطيعون القيام بالعمليات الحسابية البسيطة ، وإن كانوا يستطيعون عدّ الأرقام الأولى . وكل هذه الخصائص تبدو واضحة فى هذه الحالة التى نحن بصددها .

الحالة الثانية ــ طفل مصاب بخلل فى القدرة السمعية

طفل فى الحادية عشرة من عمره حضر للعيادة محولا من الأسرة ، لا يذهب لأى مدرسة ، لأن ضعف قدرته السمعية حال دون ذلك . وهذا الطفل هو الأول بين أربعة إخوة ليس فيهم من يشكو صعوبة فى كلامه .

عند فحص الطفل تبين أن حالته من حالات تأخر الكلام إذ كانت قدرته على التعبير محدودة جداً ، مع بطء والتواء ظاهر فى إخراج الحروف والكلمات .

لم يكن سمعه طبيعياً ، إذ أنه عندما كان يوجه له الخطاب وهو معط ظهره للمختبر ــ على غير علم منه ــ كان لا يسمع ما يوجّه إليه من عبارات أو أوامر . وعندما يرفع المختبر صوته بشكل غير مألوف كان يدرك أن هناك من يتحدث فيلتفت خلفه ، فيعاد السؤال بصوت عال يكاد يسمع خارج الحجرة ، وكثيراً ما كان يفهم المفحوص مضمون السؤال فيجيب عنه شفهياً أو كتابة . وعندما أحيل هذا الصبى إلى إخصائى السمع لفحصه قرر أن عصب السمع الأيمن كامل الضمور ، وأن العصب الأيسر ضمر أكثره ، وخلاصة القول أننا نستطيع أن نقرر أن الطفل ثقيل السمع ، إلا أنه لم يكن أصم .

كانت ولادة الطفل عسرة ، واستعملت الآلات فى إخراجه من بطن أمه . وربما كانت هذه العملية هى المسئولة عن إصابة جهاز سمعه وإحداث ما به من خلل .

تطورت قدراته الحركية تطوراً عادياً ، كما ظهرت الأسنان فى سن ثمانية أشهر . ولقد ظهر له بروز فى رقبته فى أثناء بداية التسنين إلا أنه شفى منه باستعمال « وصفة بلدية » وأصيب بالحصبة وهو فى العام الثانى من عمره إصابة عادية . وليس فى تاريخه ما يفيد أنه أصيب بأمراض هامة . وكان بادى الصحة ، سليم القلب والرئتين

تطور الكلام : نطق الكلمات الأولى (بابا ... ماما) فى عامه الثانى ، وتقرر الأم أنه كان قبل ذلك دائم الصمت حتى خيل إليهم أنه أبكم ولم تكن الأصوات والحركات التى تحدث حوله تثير انتباهه ، وكثيراً ما كانت تناديه ؛ ولكنه كان لا يرد عليها .

أخذ الكلام يتطور فى مستهل عامه الثالث ، إلا أن نطقه لم يكن كاملا ، وكان يدغم الكثير من الحروف فى أثناء الكلام ، ويبدل بعضها .

ومن بين الحروف التى كان يبدلها ما يلى :

ع يبدلها أ

ص يبدلها ل

د يبدلها ل

ض يبدلها ط

وكانت حركات لسانه فى فجوة الفم فى أثناء نقطة لهذه الحروف غير عادية . يضاف إلى ذلك أن نطقه لبعض الحروف كان غريباً لا يمت بصلة إلى الصوت الذى يدل الحرف عليه . وهذه أمثلة لذلك :

س (تن)

د (نال)

ز (ثن)

ذ (تال)

ى (كه)

ج (كيم)

سلوك الطفل وقدرته على الفهم : كان نشطا للغاية ، لا يترك وقتاً فى العيادة دون أن يمضيه إما فى الكتابة التى كان يجيدها ، أو فى تقليب صفحات الكتب التى كانت تعطى له ، وكان ذا قدرة فائقة على الرسم والتلوين والأشغال اليدوية ولا سيما عمل نماذج الحيوانات من الصلصال . كما كان يجيد حل الألغاز الميكانيكية وتركيب اللعب الخشبية .

ولقد دل اختبار « بورتيس » على أنه عادى الذكاء . وكان فى ستطاعته تتبع الحديث وفهم ما يلقى عليه مادام المتحدث يتكلم بصوت مرتفع . وكل ما هنالك أنه كان يتعذر عليه التعبير بالطريق المعروف ؛ أى أن علته لا تعدو الناحية الحركية الكلامية ، ويرجع ذلك إلى النقص العادى فى القدرة السمعية التى صاحبته منذ الولادة التى استعملت فيها الآلات ، وكانت ـ كما يخيل إلينا ـ السبب فى ضعف قدرته السمعية .

ولا شك أن هذا النقص فى قدرته السمعية منذ ولادته لم يعطه الفرصة الكافية للتمرين الصوتى فى مراحل التعبير الأولى . ونقصد بذلك مرحلة « المناغاة » فهى مرحلة هامة من مراحل نمو اللغة ، حيث يجد الفرصة للاستفادة مما يدور حوله من أصوات تصدر عن الإنسان أو الحيوان أو الجماد . ولا شك أن مثل هذا التقليد يبعث السرور فى نفس الطفل ، ويشجعه على تكرار هذه الأصوات ، وما هذا التكرار إلا تمرين لأعضاء الكلام عنده ، وتمهيد للمراحل التالية من مراحل النمو اللغوى .

الحالة الثالثة ـ حالة تأخر فى الكلام بسبب إصابة الطفل بأمراض طال زمن علاجه فى الأشهر الأولى من حياته

طفل فى الخامسة من عمره حول إلى العيادة من مدرسة المعهد النموذجى بالروضة لأنه كان لا يستطيع التعبير إلا بكلام غير الذى نألفه ونسمعه عادة من الأطفال العاديين فى نفس السن . وبفحص الحالة تبين أنها حالة من حالات تأخر الكلام وقد لازمت الطفل منذ صغره .

كان هذا الطفل ثالث إخوة خمسة لا عيب فى كلامهم ، فقد تطور الكلام لدى كل منهم تطوراً طبيعياً . كانت الولادة طبيعية ورضع من أمه ، وبدأ ظهور الأسنان فى السن العادية ، وقبل أن يتجاوز العام الأول من حياته ، أصيب بالحصبة ، فذهبت الأم إلى طبيب وصف له دواء نتج عن تناوله أن الطفل فقد صوابه مدة ثلاثة أيام خيل لوالديه خلالها أن الطفل فى حالة وفاة . وعندما ذهبت إلى الطبيب المعالج — وهو فى هذه الحالة الخطرة — أمر بمنع إعطاء الدواء ، وقرر أن هذه الحالة حصبة شديدة مصحوبة بارتفاع فى درجة الحرارة وسرعة فى ضربات القلب ، واستمر المرض شهرين تقريبا ، وترتبت عليه مضاعفات . وعندما شفى من مرضه صار هزيلا ، كما ضعفت مقاومته لظروف البيئة المحيطة به حيث كان يتأثر من الحر الشديد أو البرد الشديد أو التعرض للتيارات الهوائية ، يضاف إلى ذلك أن درجة مقاومة جسمه للأمراض قلت ، وأصيب وهو فى الثالثة بالتهاب رئوى شديد كان له أثر ظاهر فى صحته العامة ، واتضح ذلك من قياس طوله ووزنه عند حضوره إلى العيادة ، فقد كانت المقاييس أقل من المعايير العادية .

ويخيل إلينا أن ارتفاع درجة الحرارة المستمر فى أثناء مرضه أثر فى المراكز الحركية الكلامية باللحاء ؛ وهذا أدى إلى عدم قيامها بوظيفتها على وجه طبيعى بعد شفائه من مرض الحصبة ، ولكن التأثير لم يكن قاصراً على الناحية السالفة ؛ بل كانت آثاره واضحة فى المراكز الحركية بصفة عامة ، وكذلك المراكز الحسية . ودليلنا على ذلك أنه كان كثير النسيان بطىء الفهم . أما حركاته فكانت تتسم بالبلادة وعدم الاتزان .

تطور الكلام : قررت الأم أن الطفل نطق الكلمة الأولى عندما بلغ من العمر عامين ؛ إلا أنه كان يصرخ ويشاغب — قبل إصابته بالمرض — شأنه فى ذلك شأن الأطفال العاديين . وعندما بلغ العام الثالث من عمره كان كلامه بسيطاً جداً ، ولم تكن ألفاظه مفهومة ، ولم يستطع أحد من أفراد الأسرة — عدا أمه — فهم ما يقول .

ونستطيع أن نوضح ذلك ببعض الأمثلة التى ذكرتها الأم :

ــ أحمد (اسم أخيه) ــ يا لحمه .

ــ سعاد (اسم أخته) ــ آد .

ــ فايزة (اسم أخته) ــ بزة .

ــ كاميليا (اسم أخته) ــ مله .

ولقد تثبتنا من كلام الأم فى أثناء المحادثة الأولى مع الطفل بالعيادة ؛ فقد كان يستطيع فهم ما يوجه إليه من أسئلة ؛ إلا أن إجاباته كانت تدل على قصور فى القدرة على الكلام ، وإليكم بعض الأمثلة للإيضاح :

ــ اسمك إيه يا شاطر ؟

ــ أمد (يقصد محمد) .

ــ كلت إيه فى الغدا .

ــ كيا (يقصد ملوخية) .

ــ أنت بتحب مدرستك ؟

ــ .. أبله بقها واوا (يقصد أن فم مُدَرِّسته به إصابة)

وهكذا نرى أن الطفل ما زال حتى سن الخامسة يستعمل فى حديثه العادى فى المنزل وفى العيادة نوعاً من الكلام « الطفلى » الذى نقبله من الأطفال فى سن عامين أو دون ذلك ، كما أنه يستعمل لغة خاصة تختلف عما تعودنا سماعه من الأطفال العاديين فى تلك السن .

ولا شك أن العامل المسئول عن تأخر الكلام فى هذه الحالة هو إصابة الطفل بالحصبة فى الأشهر الأولى واستمرارها فترة طويلة غير مألوفة ، وما نتج عنها من مضاعفات ، مثل ما يحدث فى كثير من الحالات التى تصاب بنفس المرض . والنتيجة المنطقية لما حدث لذلك الطفل أن المرض وما صحبه من مضاعفات أثر فى قدرته الكلامية ؛ إذ أن المرض لا يتيح للطفل فرصة كافية للتمرين الصوتى فى مراحل التعبير الأولى .

كانت قدرات الطفل فيما عدا ذلك عادية أو أقل من العادية ؛ القدرة السمعية ليس فيها نقص واضح ، والقدرة العثلية — كما دلت على ذلك اختبارات الذكاء العملية — أقل من المتوسط ، إلا أنها لم تصل إلى مرحلة الضعف العقلى ، إذ أنه كان يستطيع تنفيذ الأوامر التى توجه إليه ، كما كان فى مقدوره التمييز بين الألوان المختلفة ، وبناء الأشكال من المكعبات ، وتجميع المناظر من أجزاء منفصلة تدل عليها ، وذلك بمقارنتها بالأصل ، كما كان يكتب الحروف الهجائية مفردة .... إلخ .

أما سلوك الطفل فقد ذكرت الأم أنه عصبى المزاج ، سريع الغضب ، صعب الإرضاء ، دائم الاعتراض على أوامر الأم ، وهى لذلك تعتدى عليه بالضرب ، وفى أثناء حديثها عن ذلك قالت : « أنا لما آجى أضربه أنزل عليه طاخ .. طاخ !! »

وقد كان الطفل عند بدء تردده على العيادة ميالا إلى الاعتداء على زملائه فى حجرة اللعب إلى درجة تبعث القلق ، ولكنه بعد انقضاء نحو ثمانية أسابيع بدأ يشترك مع زملائه الأطفال ، كما قل اعتداؤه عليهم ، بل اتخذ من بينهم أصدقاء كثيرين وصار يتبادل العطف مع المشرفة ، ويتعاون معها .

المراجع

1. Gesell, A : The Child from five to ten (1946).
2. Seth & Guthrie : Speech in Ghildhood (1935).
3. Beckey. R E. : A study of certain factors related to speech - Journal of Speech Disorders 1942 vol. 7, pp. 223 - 49.
4. Werner, L. S. : Treatment of a child with delayed speech. Jour. of Speech Disorders, 1945, vol. 10 pages 329 – 334.
5. Stinchfield : Children with delayed speech.
6. Eisenson : The difficulties in speech (1942).

الفصل الرابع

الأفـيزيا
أو
احتباس الكلام

مدلول اللفظ :

أفيزيا (Aphasia) اصطلاح يونانى الأصل[١] ، يتضمن مجموعة العيوب التى تتصل بفقد القدرة على التعبير بالكلام أو الكتابة ، أو عدم القدرة على فهم معنى الكلمات المنطوق بها ، أو إيجاد الأسماء لبعض الأشياء والمرئيات ، أو مراعاة القواعد النحوية التى تستعمل فى الحديث أو الكتابة .

ولقد اصطلح على إطلاق لفظ « أفيزيا » على هذه العوارض المرضية الكلامية كما أوضحناها ، رغم التفاوت بينها فى المظهر الخارجى . ورغم هذا التفاوت فهناك عامل مشترك يربط بينها ، ينحصر فى أن مصدر العلة فى كل منها يتصل بالجهاز العصبى المركزى . ويرجع الاختلاف فى ظهور إحداها دون الأخرى ، فى مصاب دون الآخر إلى نوع وموضع الإصابة من هذا الجهاز .

نماذج من الأفيزيا :

كان من نتائج الأبحاث التشريحية الدماغية التى قام بها كل من بروكا ، فرنك ، بيير مارى ، هنرى هد ، جاكسون ، جولد شتين ، رسل برين ، كرتشلى وغيرهم ، أن هناك أنواعا مختلفة من (الأفيزيا) يمكن تلخيصها فيما يلى :

١ ـــ أفيزيا حركية أو لفظية (Motor (verbal

٢ ـــ أفيزيا حسية أو فهمية Sensory

٣ ـــ أفيزيا كلية أو شاملة Total

٤ ـــ أفيزيا نسيانية Amnestic

٥ ـــ فقد القدرة على التعبير بالكتابة Agraphia

---

(١) Aphasia: Greek (a) – Privative Phesis – Speech.

أفيزيا حركية

يرجع الفضل إلى اكتشاف هذا النوع من العيوب الآفيزية إلى الجراح المشهور « بروكا Broca » ، إذ وجد فى أحد مرضاه الذين يعانون احتباساً فى كلامهم ، خللا فى الجزء الخارجى من التلفيف الجبهى الثالث بالمخ ، والقريب من مراكز الحركة لأعضاء الجهاز الكلامى . ولقد كانت علة مريض « بروكا » ، السابقة الإشارة إليها ، مقصورة على فقدان التعبير الحركى الكلامى ، دون وجود أية ظاهرة كلامية مرضية أخرى ، ومنذ ذلك الوقت ، أطلق على هذا النوع من العيوب الكلامية الذى اكتشفه « بروكا » ، الاصطلاح « أفيزيا حركية » أو لفظية ، وهى نوع من احتباس الكلام .

وفى الحالات الشديدة من هذه الحُبسة الكلامية ، يفقد المصاب القدرة على التعبير ، لدرجة لا يتعدى فيها محصوله اللغوى كلمة « نعم » أو « لا » وقد يكون حديثه كله مقصوراً على لفظ واحد لا يغيره مهما تنوعت الأسئلة أو الأحاديث الموجهة إليه ، كأن يقول مثلا « محمد » أو « ولد » كلما حدثه أحد . وقد يحدث أحياناً عندما يكون المصاب واقعاً تحت تأثير حالة انفعالية عنيفة ، أن يتمتم ببعض العبارات غير المألوفة الواضحة قصداً إلى السباب والعدوان ،

وأحب أن أشير إلى أنه بالرغم من احتباس الكلام فى حالات الأفيزيا الحركية فإن المريض لا يشكو اضطراباً أو عجزاً فى قدرته على فهم مدلول الكلمات المنطوقة أو المكتوبة ، بمعنى أنه يستطيع أن يفهم ما يقرأ فى الصحف أو الكتب أو المجلات ، كما يستطيع أن يدلل على إدراكه لما يدور حوله من حديث ، أو لما يوجه إليه من أسئلة ، إما بالكتابة أو بتنفيذ ما يطلب منه .

إن عدد المصابين باحتباس الكلام ، من بين الذين يتعرضون للعيوب الأفيزية ، يكونون نسبة ضئيلة ، ذلك أنه قلما تكون الإصابة قاصرة على مركز

الحركة لأعضاء الجهاز الكلامى (Broca's area) . وفى هذه الفئة الضئيلة تنشأ الإصابة عن سبب أو أكثر من الأسباب الآتية :

(أ) إصابة نتيجة الحوادث .

(ب) الإصابات التى تحدث بسبب الولادة العسرة أو بالآلات .

(جـ) وأحياناً تولد الإصابة مع الطفل ، يسبب إصابة أثناء الحمل .

(د) تعرض الجنود لحوادث الحرب وخاصة ما يصيب الرأس .

٢ ــ أفيزيا حسية

كان من نتائج الأبحاث التشريحية الدماغية التى قام بها « فرنك Wernicke » أن توصل إلى بعض التصورات التى ساعدته على افتراض وجود مركز سمعى كلامى يقع فى الفص الصدغى من الدماغ . وكان من نتيجة هذا الافتراض ، أن تصور أن حدوث أى خلل فى هذا الجزء يسبب إتلاف الخلايا التى تساعد على تكوين الصور السمعية للكلمات ، وتنتج عن هذا الإتلاف ظاهرة مرضية كلامية معروفة باسم « العمى السمعى Word deafness » وهى نوع من أنواع الأفيزيا الحسية . والمصاب بهذه العلة يفقد القدرة على تمييز الأصوات المسموعة وإعطائها دلالتها اللغوية ، بمعنى أنه يسمع الحرف كصوت ، إلا أنه تتعذر عليه ترجمة مدلول الصوت الحادث وينتج عن ذلك أن يبدل الحرف بحرف آخر (وخاصة الحروف الساكنة) عند الكلام ، وهنا يصبح الكلام غامضاً ، متداخلا ، غير مفهوم ـ لأن نطق الطفل يختلف عن النماذج الكلامية العادية المألوفة .

والمشكلة كما تبدو فى مثل هذه الحالات لا تتصل بالقدرة السمعية لدى الفرد (فهى عادية) ، بل تنشأ عن اضطراب فى القدرة الإدراكية السمعية (auditory imperception) . ومن الأمثلة التى توضح ذلك ، أننا عندما نتفوه أمام طفل يعانى هذا النقص ، بحرف (الباء) مثلا ، ونطلب منه تكرار ما سمع ، نجده يقول (فاء) ؛ وما يقال عن هذا الإبدال السمعى الذى ينصب على حرفى

الباء والفاء ، يقال كذلك على الحروف الحلقية (الجيم والخاء) ، بيد أنك إذا كتبت للطفل حرف (الباء) وطلبت منه قراءته ، فإنه يقرأه صحيحاً ، فكأن العيب ، كما أوضحنا ، يتصل بالإدراك السمعى وليس بالإدراك البصرى .

وأحب أن أشير إلى أن هذا النوع من الأفيزيا الحسية إما أن يكون جزئياً ، أى قاصراً على بعض الحروف دون الأخرى ، أو كليا يشمل معظم الحروف الهجائية . ومرد ذلك راجع إلى مدى إصابة المراكز المخيّة الخاصة ، التى تحدث نتيجة عوامل ولادية congenital (أى أن الطفل يولد بها) أو مكتسبة بعد الميلاد . وتكون لغة أمثال هؤلاء الأطفال فى حالة الإصابة الكلية لغة خاصة لا يستطيع فهمها إلا الأشخاص المتصلون اتصالا مباشراً بهم ، كالأم مثلا أو الإخوة ، بينما يتعذر على الأشخاص الغرباء متابعة كلامهم ؛ إن كلام المصاب فى مثل هذه الحالات لا يسير على قاعدة معينة ، إذ يشتق الفرد لغته على حسب إمكانياته العقلية والحسية .

وسنورد فيما يلى بعض الأمثلة ، لترى إلى أى حد تبعد تلك اللغة الخاصة عما هو مألوف .

(أ) وجهت سؤالا لطفل يبلغ من العمر حوالى العاشرة :

... ماذا أكلت اليوم فى الغداء ؟

مم بمب .

وقد كان نطق الطفل بهذه العبارة (مم بمب) بشكل مذموم يتعذر معه فهم المقصود من إجابته ، ولذلك كنت أطلب منه أن يكرر العبارة لعلى أوفق إلى فهم أو تبيان ما يقصد ، ولكن دون جدوى . وأخيراً تدخلت والدة الطفل التى كانت تحضر المقابلة ، قائلة : إن ولدها يقصد أنه اليوم أكل (كرنباً) فى طعام الغداء .

(ب) وهناك نوع ثان من الأفيزيا الحسية معروف باسم paraphasia ، ويأخذ هذا المرض الكلامى المظهر الآتى :

استعمال كلمة فى غير موضعها، أو استعمال كلمة غريبة لا معنى لها ولا صلة لها باللغة، وسنورد فيما يلى بعض الأمثلة للإيضاح :

ـ وجهت سؤالا لطفلة تبلغ من العمر أحد عشر عاما :

... أين تسكنين ؟

... حطاما (تقصد حارة الرماح) .

وبالإضافة إلى ما سبق فقد كانت تلك الطفلة تستعمل لغة خاصة تدل على الغرابة وإليكم الإيضاح :

سفاط (تقصد بساط) ؛ تبك (تقصد مكتب)

اهنه (تقصد خمسة) ؛ كوف (تقصد طربوش)

كسه (تقصد مدرسة) ؛ ناس (تقصد شباك)

والتفسير العلمى لهذه الظاهرة المرضية، أن الطفلة تعلمت تلك النماذج الكلامية الخاطئة بسبب الخلل الموجود منذ الميلاد فى المراكز السمعية الكلامية، فحدث بسبب هذا الخلل اضطراب فى تكوين الصور السمعية للكلمات : هكذا تكونت لدى الطفلة تلك المجموعة الخاطئة، غير المألوفة، من المفردات والعبارات .

وتشمل الآفيزيا الحسية أنواعا أخرى نلخصها فيما يلى :

(أ) العمى اللفظى Word blindness - Alexia ومن أهم ما يمتاز به المصاب بهذه العلة، أنه يستطيع قراءة الكلمات المكتوبة أو المطبوعة، إلا أن قراءته لها تكون غير مضبوطة، بمعنى أنه يفهم ما يقرأ، ولكنه عندما يتلفظ بمضمون ما يقرأ، نجده يبدل الحروف (حرج بدلا من خرج)، أو يقلبها (تكب بدلا من كتب)، أو يعكسها (عمد بدلا من دمع) .

وكثيراً ما يكون الإبدال جزئيا، أى قاصرا على حروف خاصة، ويغلب ذلك فى الحروف المتقاربة فى الشكل، كحرف السين . والشين والجيم والخاء، أو يكون شاملا لعدد كبير من الحروف الهجائية .

والغريب أنك إذا طلبت من المصاب أن يقلد عن طريق السمع نفس الحروف التى يبدلها أثناء القراءة الجهرية ، فإنه يقلدها تقليداً صحيحاً . ومعنى ذلك أن الخلل متصل بالمراكز البصرية للكلمات ، دون المراكز السمعية .

ويتطلب العلاج فى هذه الحالات العناية بتدريب المصاب على ربط المقاطع المكتوبة بنطقها ، وبحركات أعضاء الجهاز الكلامى التى تستخدم فى النطق . ويحسن أن يشير المعالج إلى الحرف أثناء قراءة المصاب له ، لأن ذلك يساعد على ربط الحرف المنطوق بشكله . وعندما تتقدم عملية العلاج ، لا مانع أن يشجع المصاب على أن يقوم بعملية الإشارة بنفسه . هذا ونستطيع أن نسمح للمصاب فى الوقت نفسه ، بأن يجلس بجوار طفل عادى أثناء دروس الإملاء ، كما نبيح له النظر إلى ما يكتبه ، لأنه عن طريق ذلك يراجع الطفل نفسه ويصحح من أخطائه بتقليد جاره .

(ب) وهناك نوع آخر من الآفيزيا الحسية ، معروف باسم (echolalia) أى مضاداة الألفاظ أو ترديدها ، فإذا وجهنا لمصاب بهذه العلة هذا السؤال (ما اسمك ؟) ؛ فإن إجابته لا تتعدى تكرار الكلمات التى يتضمنها السؤال ويلفظ بها المتكلم ، فيقول : ما اسمك ... ما اسمك ... ما اسمك ، دون ذكر اسمه .

(ج) وهناك نوع ثالث من الأفيزيا يصح أن نطلق عليه « أفيزيا فهمية » ، لأن العلة فيه تتصل بالقدرة على فهم الكلمات المنطوق بها . وقد يكون عدم الفهم كليًّا أو جزئيًّا ؛ بمعنى أنه فى الحالات الأخيرة ، يستطيع المصاب أن يدرك المعانى الجزئية ، كما ترد فى العبارات التى يسمعها ، إلا أنه يتعذر عليه إدراك المعنى العام . وقد يحدث أحياناً عند قراءة المصاب لفقرة فى كتاب أو جريدة يومية ، أن يتعذر عليه إعطاء ملخص لما يقرأ لغموض بعض المعانى عليه .

وخلاصة القول ، أن مشكلة المصاب هنا ، لا تتصل بالنطق وتقويم الحروف ، كما هو الحال فى الآفيزيا اللفظية (الحركية) ، بل تنحصر المشكلة فى فهم مدلول الكلمات وما تتضمنه من معنى ، فالمصاب حينئذ يستطيع أن يتمتم

بكلمات صحيحة النطق ، وسليمة من حيث مخارج الحروف ، إلا أن هذه الكلمات لا ارتباط بينها ولا تدل على معنى تام إذا اقترن بعضها ببعض .

(د) وهناك نوع رابع معروف باسم (paragrammatism) وهو يأخذ أحد شكلين : (أ) أخطاء تتصل بقواعد اللغة أو (ب) أسلوبها من حيث وضع الألفاظ فى أماكنها الصحيحة . فالمصاب هنا لا يراعى القواعد النحوية أو قواعد الأسلوب التى تستعمل بالكتابة أو بالحديث .

٣ ـ أفيزيا كلية

قد أثبتت الأبحاث الإكلينيكية ، أن هناك من المرضى من يشكو احتباس فى كلامه (أفيزيا حركية) واضطراباً فى قدرته على فهم مدلول الكلمات المنطوقة أو المكتوبة (أفيزيا حسية) ، بالإضافة إلى عجز جزئى فى الكتابة . وقد وجد أن هذه العوارض المرضية مجتمعة ، ترجع العلة فيها إلى أحد أمرين :

(أ) الإصابة بجلطة دموية (cerebral embolism) ، يتسبب عنها انسداد الشريان الذى يغذى الضماد المخى الباطنى (internal capsule) والذى تتجمع فيه الألياف الواردة من المراكز العليا للحركة بالفص الجبهى - motor area) (frontal lobe والمتجهة إلى الذراع والساق والأطراف وأعضاء النطق ... إلخ .

(ب) الإصابة بنزف مخى (cerebral haemorrhage) . وينتج عن النزف حرمان المنطقة المصابة من إمدادها الدموى ، كما ينتج عنه سيلان الدماء فى المخ ، فيحدث تورم وضغط على بعض الألياف والأنسجة .

ويترتب على التعرض لإحدى الإصابتين ما يلى :

شلل نصفى (hemeplegia) فى الجزء الأيمن من الجسم فى الشخص الأيمن ، أو فى الجزء الأيسر من الجسم فى الشخص الأعسر ؛ ذلك لأن مراكز الحركة ، بما فى ذلك منطقة (بروكا) ، توجد فى النصف الكروى الأيسر من المخ فى الأفراد اليمينيين ، والعكس بالعكس فى الأفراد اليساريين .

وبالإضافة إلى الأعراض العضوية السابقة، أستطيع أن أدون هنا، ما عن لى من ملاحظات ـــ يتصل بعضها بالناحية النفسية والناحية الكلامية بما فى ذلك الفهم والكتابة ـــ اتضحت أثناء علاج حالتين من حالات الآفيزيا الكلية .

الحالة الأولى ... شخص يبلغ من العمر (٥٠ عاماً) ، أصيب بجلطة دموية فى الصماد المخى الباطنى، نتج عنها شلل نصفى فى الجزء الأيمن من الجسم ، بما فى ذلك الجهاز الكلامى ، وكان من أثر ذلك أن فقد المصاب القدرة على استعمال يده اليمنى وساقه اليمنى ، كما فقد القدرة على التعبير ، لدرجة لم يتعد فيها محصوله اللغوى كلمة أو كلمتين .

أما قدرة المريض على الفهم فقد كانت فى الأسابيع الأولى محدودة، ذلك أنه كان قد نسى الكثير من المعانى المعقدة والألفاظ اللغوية ذات المعنى المجرد ، أو ذات الاشتقاق الصعب، كما نسى لغة أجنبية كان يجيدها، إلا أنه بالرغم من ذلك كان فى مقدوره إدراك ما حوله وتتبع الأحاديث العادية التى يقوم بها أهل منزله .

وبعد انقضاء شهر من بدء الإصابة، استطاع المصاب أن يحرك ساقه وذراعه اليمنى، إلا أنه كان عاجزاً عن القيام بالحركات الدقيقة، كالقبض على الأشياء الصغيرة الحجم أو الكتابة، فقد كانت طريقته، فى القبض على القلم، تدل على عدم اتزان واضطراب فى استعمال أطراف اليد .

وهنا نستطيع أن نلخص ما سبق بقولنا : إن الإصابة فى هذه الحالة التى نحن بصددها، شملت الناحية التعبيرية (expressive) والناحية الإدراكية (receptive) ، مضافة إليها النواحى اللغوية والحركية .

الحالة الثانية : صبى فى الخامسة عشرة من عمره . تلميذ بإحدى المدارس الثانوية، أصيب بالحمى الشوكية فنقل إلى أحد المستشفيات للعلاج : وقد تبين من تقرير الطبيب المعالج أن المصاب عندما أحضر للمستشفى كان فى حالة غيبوبة استمرت عشرة أيام ، وكان أثناء تلك الفترة لا يتناول أى طعام إلا بالطرق الصناعية لأن أسنانه فى ذلك الوقت كانت منقبضة بعضها على بعض.

وعندما شفى الصبى من آثار الحمى — وكان ذلك بعد شهر تقريباً — لم يكن بأطرافه أى شلل . ولوحظ أثناء العلاج أنه فقد القدرة على الكلام ، إذ كانت قدرته التعبيرية لا تتعدى إخراج أصوات لا معنى لها. ولقد نسى فوق ذلك الكتابة والقراءة ، وعندما كان يمسك بالقلم محاولا الكتابة بين وقت وآخر ، كان كل ما يستطيع كتابته هو خطوط لا معنى لها .

وعندما غادر الصبى المستشفى — وكان ذلك فى بداية الشهر الثانى من تاريخ الإصابة — وبدأ يتردد على مركز عيوب النطق للعلاج ، قرر الإخصائى فى تقريره الأول عند فحص الحالة ، أن المصاب يستطيع أن ينطق كلمة « ماما » بشىء من الجهد ، وكان إذا طلب منه أن يردد كلمة « بابا » قال بدلا منها « ماما » ، وفيما عدا ذلك ، كانت قدرته على التعبير الحركى الكلامى تكاد تكون معدومة . أما قدرته على فهم الكلمات المنطوقة ، فلم تتعد الألفاظ المألوفة والعبارات التى تستعمل فى الحياة العادية .

أما عن سلوك الصبى بعد الإصابة ، فيمكن وصفه فيما يلى :

العناد ، حيث كان يصر على مطالبه . فمثلا بالنسبة للطعام ، كان يصر على تناول لون خاص ، وإذا لم يحضر له ، امتنع عن تناول الطعام وأعلن الثورة والهياج بالمنزل والعدوان ، خصوصا على إخوته والخدم ، دون وجود أى مبرر مقبول لهذا السلوك العدوانى ؛ الهرب من المنزل والذهاب إلى السينما ، وهذا يعتبر محاولة للتصريف عن الضيق فى مستوى خيالى ؛ هو التعلق المفرط بالأم .

٤ — أفيزيا نسيانية(١)

إن المصاب فى هذه الحالات يكون غير قادر على تسمية الأشياء والمرئيات التى تقع فى مجال إدراكه . بمعنى أننا إذا أشرنا إلى شىء وطلبنا منه تسميته ، نجد

(١) يمكننا اعتبار هذا النوع من المرض الكلامى ، مظهرا آخر من مظاهر الأفيزيا الحسية . (Disturbed word Finding)

استجابته الكلامية تأخذ أحد اتجاهين :

(أ) فى الحالات الشديدة يلوذ بالصمت ويتعذر عليه إيجاد الاسم المناسب للمسمى .

(ب) فى الحالات الخفيفة يستطيع المصاب إيجاد أسماء الأشياء المألوفة لديه ، بينما يعجز عن ذكر الأسماء غير المألوفة . ومن الأمثلة التى توضح هذا العيب ، أن الفاحص يعرض على المفحوص شيئاً مما سبقت له خبرة به ، ويطلب منه أن يذكر اسمه ، فيؤكد المفحوص معرفته لاسم ذلك الشيء ، غير أنه لا يذكره الآن ، ثم تكرر عملية العرض عدة مرات ، ورغم ذلك لا يستطيع المصاب تسمية الشيء المعروض . وأخيراً يهرب المفحوص من هذا العجز الظاهر ، ويلجأ إلى ذكر الغرض الذى يستعمل فيه الشيء ، بدلاً من ذكر اسمه . ومن الأمثلة التى أذكرها فى هذا الصدد ، أننى عرضت على مفحوص (منظاراً) فأخذ يفكر ويطيل التفكير ويؤكد أنه يعرف الاسم ، وأخيراً أخذ يشير بيديه إلى عينيه إشارة تفيد الغرض من استعمال المنظار .

٥ — فقد القدرة على التعبير بالكتابة

هذا النوع من الأفيزيا معروف عند الإخصائيين بالاصطلاح Agraphia ، وهو فقد القدرة على التعبير بالكتابة . وتكون هذه الظاهرة المرضية مصحوبة عادة بشلل فى الذراع اليمنى ، إلا أنه بالرغم من سلامة الذراع اليسرى ، فإن المصاب يتعذر عليه أن يكتب بها ، وترجع العلة فى هذه الحالات إلى وجود إصابة أو تلف فى مركز حركة اليدين الموجود فى التلفيف الجبهى الثانى بالدماغ .

وهناك بجانب النوع السابق من هذا النوع من العيوب (الأفيزية) ، نوع آخر معروف باسم Parietal Dysgraphia وهى مجموعة عيوب الكتابة المتصلة بالفص الجدارى فى المخ .

ويمتاز هذا العيب بخصائف معينة ، من أهمها عدم التنظيم عند التعبير

بالكلمات على الورق ، لدرجة أن يُخيل للناظر لما يكتبه المريض من كلمات ، على أنها كتبت وعيناه مغلقتان . ويأخذ عند التنظيم والترتيب السابق الإشارة إليه مظاهر وأشكالا متنوعة، نذكر منها على سبيل المثال ما يلي :

(أ) ميل الأسطر إلى أسفل .

(ب) ترك هوامش واسعة وغير مناسبة على جانبي الصحيفة .

(جـ) أخطاء في الإملاء .

(د) كتابة الحروف بطريقة مشوهة .

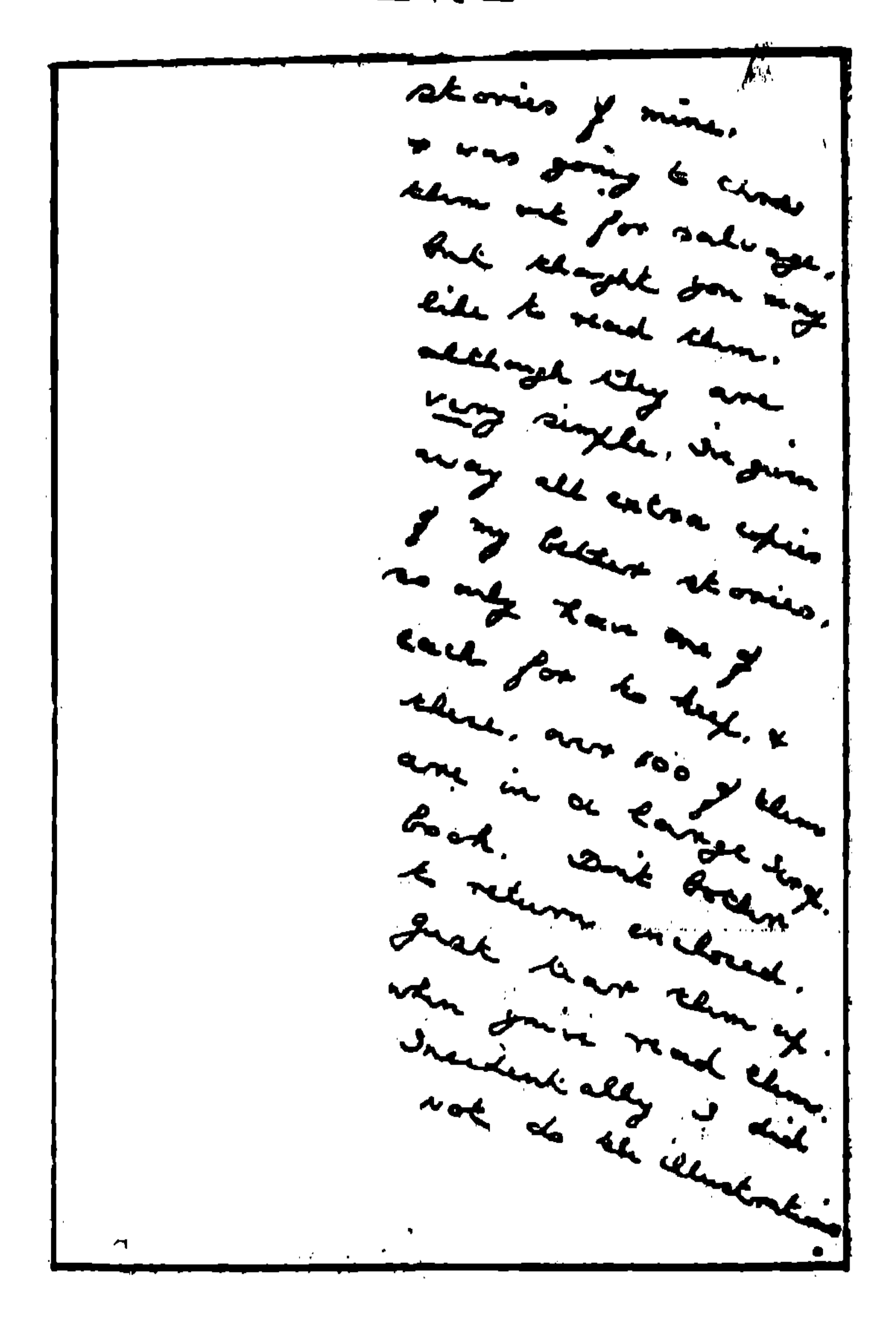
(هـ) سرعة الكتابة مما يؤدي إلى حذف حروف وكلمات .

(و) الكتابة ببطء لدرجة أن المصاب لا يرفع القلم من على الورقة .

(س) كثرة الشطب وإعادة كتابة الكلمات أو إعادة بعض المقاطع .

نماذج من هذه العيوب

(كثرة الشطب)



stories of mine.
I was going to cross
them out for salvage,
but thought you may
like to read them.
although they are
very simple, I've given
away all extra copies
of my better stories,
so only have one of
each for to keep, &
there, over 100 of them
are in a large scrap
book. Don't bother
to return enclosed.
Just tear them up.
when you've read them.
Incidentally I did
not do the illustrations

(ميل الخطوط إلى أسفل)

if you wish to tell me something
of the sort that you just did
you will kindly refrain from doing
so till after school. If you
want to talk to me I will probably
be upstairs in 251 or the
physics lab till 3.35. and if
I am not there you can find me
in the School library. Secondly

(السرعة في الكتابة)

الناحية العلاجية

ذكرنا فيما سبق أكثر أنواع الأفيزيا انتشاراً بين الكبار والصغار . وسأذكر فيما يلى شيئا عن الناحية العلاجية وخاصة ما يتصل منها بالناحية التعبيرية أو اللفظية . وأحب أن أشير بصفة مبدئية إلى أنه ليس هناك منهج ثابت يتبع فيه العلاج ، ذلك أنه قلما توجد حالة تشابه الأخرى من حيث درجة الإصابة ونوعها .

ويتلخص علاج الآفيزيا الحركية فى نقطة واحدة ، فهو يقوم على فكرة التعليم الكلامي من جديد (Speech rehabilitation) . ويكون شأن المصاب فى ذلك شأن الأطفال عندما يتعلمون لغة ما .

ويأخذ العلاج الكلامى فى هذه الحالات إحدى طريقتين : إما عن طريق الجزء أو طريق الكل . والرأى عندى أن يكون العلاج بالطريقة الكلية ، وهى طريقة أسرع وأثبت . وكل ما يحتاج إليه المصاب فى هذه الناحية ، هو وضع الشيء أمامه . ثم ننطق باسمه ، ونكرر النطق بالاسم مع الإشارة إلى الشيء ... وهكذا حتى يستطيع المصاب نتيجة للتكرار المستمر ، أن يعرف الأصوات المنطوق بها وربطها بمظهر الشيء الخارجى .

ويحتاج المصاب بجانب هذه التمرينات ، إلى نوع آخر من التدريب يتصل باللسان والشفاه والحلق . وتأخذ هذه التمرينات أشكالا مختلفة ، إما داخل فجوة الفم أو خارجها . أما التمرينات الخاصة بالحلق فتكون أكثر صعوبة من تمرينات اللسان والشفاه . غير أنه رغم ما يحوط تلك التمرينات من صعوبات تتصل بموقع الحلق من الجهاز الكلامى نفسه ، ففى الإمكان تمرين هذا العضو على العمل بطريق التثاؤب أو نطق بعض المقاطع الصوتية التى يستعملها الإخصائيون فى العيادات الكلامية ، والغرض من جميع هذه التمرينات على اختلاف مستوياتها ، مساعدة المصاب على التحكم فى أعضاء الجهاز الكلامى .

هذا ويمكن أن تضاف إلى كل ما سبق تمرينات خاصة بالحروف المتحركة والساكنة . وفى مثل هذا النوع من العلاج الكلامى ، تمكن الاستعانة بالمرآة ليتسنى للمريض معرفة حركات لسانه عند إحداث كل صوت على حدة .

وعن طريق التكرار يستعيد المصاب نماذج الكلام التى نسيها ، وبالتدريج يكتسب عن طريق الخبرة الجديدة كلاماً سليما ، خاليا من كل عيب .

وإلى جانب هذا أشير إلى أنه من المفيد تشجيع المريض على تحريك أطرافه ، وتنشيط ذهنه عن طريق الألعاب والألغاز التى يستعملها الأطفال . ومن بين تلك الألعاب ، تركيب صورة أو شكل أو منظر من قطع الخشب أو الورق المقوى . إن لأمثال هذه التمرينات أثراً كبيراً فى تنشيط الأطراف والعقل وتركيز الانتباه والتفكير ومحاولة إدراك العلاقات .

ولا شك أن البيئة التى يعيش فيها المريض ، والعوامل النفسية المختلفة كالتشجيع وتقوية الروح المعنوية والسرور والغبطة ، لها أثر حسن على سرعة إعادة ما فقده ، ولذلك تحدث الصدمات النفسية والاضطرابات الانفعالية ، بسبب عدم الاستقرار فى البيئة المنزلية ، آثارها السيئة التى تعرقل سير العلاج .

المراجع

1. Head H., Aphasia and Kindred Disorders of Speech, Vol. 1. London Cambirdge University Press. 1926.

2. Jackson, J. H., Selected Writings of John Hughlings Jackson (Jd., J. é, Taylor) Vol. 11, London, 1932.

3. Wilson, S A. K, Aphasia. London, Kegan Paul, 1926.

4. Brain W. R (1933). Diseases of the Nervous System. Oxford University Press.

5. Critchley, M. (1936) Aphasia - British Encyclopaedia of Medical Practice.

الفصل الخامس

أثر شلل الأطفال

فى عيوب النطق والكلام

تمهيد :

يتردد على عيادات الكلام حالات مصابة بالشلل . إن الشلل الذى يتعرض له هؤلاء المصابون لا شك يؤثر على جهازهم الكلامى ويترتب على ذلك : إما تعطل فى تطور العملية الكلامية ، أو تباطؤ وتراخ فى إحداث الأصوات ، أو التواء فى طريقة التطبيق .

إن شلل الأطفال يشمل مجموعة من الحالات تتميز باضطراب فى الحركة . ولقد بدأ الاهتمام بهذا المرض فى العشرين سنة الأخيرة على أثر الأبحاث المستفيضة التى قام بها كل من (مورجان فيلبس) و (إيرمل كارش) فى الولايات المتحدة الأمريكية لدراسة صحة النظريات التقليدية المتصلة بهذا المرض ، والتى كانت تعتبره مشكلة من مشكلات جراحة تقويم الاعوجاج (Orthepedic problem) ، إلا أن الأبحاث الحديثة أثبتت أن المشكلة من حيث العلة متشبعة النواحى ، فهى فى جوهرها مشكلة عصبية (Neuromuscular) ، تحدث نتيجة آفة مخية يتعرض لها المصاب منذ الولادة . وبجانب هذه العلة العصبية التى تتحكم فى تكوين المصاب ، هناك نواح أخرى من النقص أو الاضطراب تتصل بالنواحى الحسية والانفعالية والذهنية ، تترتب عن الإصابة الأصلية .

أسباب شلل الأطفال :

إن أسباب هذا المرض متنوعة وهى :

(أولا) عوامل وراثية منها الزهرى الوراثى أو إصابة أحد الوالدين بمرض عقلى أو عصبى ينتقل عن طريق الوراثة إلى الأبناء .

(ثانيا) إصابة الأم أثناء الحمل بمرض خطير أو بحادث من الحوادث يؤثر بدوره على نمو الجنين داخل الرحم ؛ ويترتب عن ذلك توقف فى عملية نمو وتطور الجهاز العصبى ، وهذا التوقف يكون على شكل ضمور أو تليف فى الخلايا العصبية .

ومن أهم الأمراض التى تصاب بها الأم أثناء الحمل وتؤثر على الجنين : الالتهاب السحائى ، وكذلك التهاب الدماغ .

(ثالثا) إصابة الطفل الوليد أثناء عملية الوضع بحادث يصيب المخ ينتج عنه نزيف فى الأغشية المغلفة لهذا العضو ، ويحتمل أن تحدث الإصابة بالشلل فى بعض الحالات بسبب (سفكسيا Asphyxia) أثناء الولادة .

أنواع شلل الأطفال :

إن الشلل فى الأطفال يأخذ صورا ثلاثا ، هى :

١ ــ الضعف الجسمى والتوتر (Spasticity) الذى ينتج عن وجود إصابة أو تلف أو التهاب أو شلل أو أورام فى المسالك الهرمية (Pyramidal Nerve Traets) ، وهذه الإصابة تؤثر بدورها على أعصاب الحركة ، فتتأثر تبعا لذلك الأطراف السفلى أكثر من الأطراف العليا . وتختلف شدة الضعف والتوتر اختلافا عظيما من حالة لأخرى . ففى الحالات الخفيفة لا تزيد العلة عن أن تكون ازدياداً فى الانعكاسات العصبية . بينما نجد أن الشلل أو الفالج فى الحالات الشديدة يصيب الأطراف السفلى مع توتر فى العضلات مصحوب بعدم القدرة على الاسترخاء وانثناء الكوع والرسغ وتوجيه راحة اليد للداخل . ويمشى الطفل فى هذه الحالات على أطراف أصابعه مع انثناء الساقين والفخذين للداخل ، وتبعا لذلك نلاحظ انحناء فى العمود الفقرى أكثر مما هو مألوف . ولا شك أن الأطراف العليا وعضلات الكلام والبلع تتأثر بحالة التوتر والتشنج العامة التى تصيب الجسم . أما عن كلام المصاب فى مثل هذه الحالات فيكون من النوع التوترى أو التشنجى (Spastic) بالإضافة إلى بعض العيوب الإبدالية المتسببة عن إصابة الأعصاب المتصلة بالحلق أو بالحنجرة (انظر شكل ٧ ب) .



(شكل ٧ أ) صورة لطفل مصاب بالشلل المعروف باسم (Athetosis)



(شكل ٧ ب) صورة لطفل مصاب بالشلل المعروف باسم (Ataxia)
والصورة مأخوذة من مقال نشر عن شلل الأطفال فى مجلة (The Practitioner) عدد يوليو ١٩٥٣

وسنعرض فيما يلى لحالة عرضت علينا بمركز عيوب النطق والكلام بالإسكندرية وهى لطفلة فى العاشرة من عمرها بالسنة الأولى فى إحدى المدارس الأولية:

تاريخ ما قبل الميلاد (الحمل) :

تقرر الأم أنها كانت أثناء الحمل تشعر بتعب دائم وبثقل ، غير أنها لم تتعرض أثناء الحمل لأى مرض أو حادث ، كما أنها لم تحاول فى تلك الفترة إجهاض نفسها .

حالة الوضع (الولادة) :

كانت مدة الحمل طبيعية ، أما عملية الولادة نفسها فقد كانت عسرة . جاء (المخاض) للأم فى المساء واستمر حتى ظهر اليوم التالى ، ونظرا لعدم وجود مولدة ، فقد استعان الوالد بإحدى الجيران التى سحبت المولود بصعوبة ، إلا أنها لم تستطع قطع الحبل (السُرى) ، فتركت الطفلة معلقة ساعتين إلى أن حضرت حكيمة مركز رعاية الطفل .

التاريخ التطورى للحالة :

لم تقبل الطفلة أى طعام بعد الولادة ، وكانت كلما أعطيت الثدى تقيأت اللبن واستمرت الحال على ذلك مدى عامين ، وأدت إلى إصابة الطفلة بالضعف العام ، وقد بدأت الطفلة التسنين فى العام الثانى من عمرها ، أما عملية المشى فلم تسر فى دورتها الطبيعية ، إذ أخذت تحبو فى سن العامين ، وبعد ذلك كانت تستطيع الوقوف بمساعدة ، ولكن فى غير اتزان . وعندما بلغت الشهر (الثلاثين) من عمرها استطاعت المشى ، غير أن مشيتها كانت بطريقة غير طبيعية ، إذ كانت تسير على أطراف أصابعها مع انثناء الساقين . وقد لاحظنا كذلك أن الطفلة لا تستطيع السير على خط مستقيم .

أما عن بقية المهارات الحركية الأخرى ، فقد لاحظنا أن الطفلة لا تستطيع مد الذراعين إلى الأمام أو تصالبهما ، كما أنه يتعذر عليها وضع الكفين فى وضع أفقى ، وبالإضافة إلى ذلك فقد كانت طريقة الطفلة فى تناول الأشياء والقبض عليها تدل على عدم انسجام (Awkward) . وقد طلبنا من الطفلة أن تمسك القلم لتخط بعض الخطوط وترسم بعض الأشكال ، فقامت بذلك بشكل ينم على بذل الجهد مع اضطراب واضح فى القبض على القلم مصحوب باهتزاز الأطراف ، وعدم القدرة على التحكم فى طريقة استعمال القلم .

فحص الحالة من الناحية الكلامية :

لم توجد أية تشويهات فى جهاز الطفلة الكلامى ، فيما عدا ارتفاع واضح فى سقف الحلق الصلب ، وتوتر زائد ترتبت عليه صعوبة فى حركات سقف الحلق الرخو . أما التنفس فقد كان يحدث بطريقة غير طبيعية بالإضافة إلى أن لعاب الطفلة كان يسيل بطريقة لا إرادية مع صعوبات فى المضغ والبلع .

ويتميز كلام المصابة بالظواهر الآتية :

تداخل التنفس أثناء إخراج الكلمات ، وصعوبة تتبع المستمع لما تنطق به الطفلة وبسبب الانحرافات المتنوعة التى نستطيع أن نذكر منها : عيوب إبدالية وأخرى تحريفية من أوضحها غنة (خنف) فى طريقة النطق مع مد الحروف والمقاطع .

سلوك الطفلة :

أما سلوك الطفلة فى المنزل والمدرسة فقد كان يتميز بالصفات الآتية : عدم الرغبة فى الاشتراك فى أى عمل مع غيرها من الأطفال ، إذ كانت تفضل العزلة ؛ ولا تستطيع قضاء أية حاجة بالمنزل ، كما كانت والدتها تقوم بإطعامها ومساعدتها فى ارتداء ملابسها ؛ ويتعذر عليها ربط حذائها أو (تزرير) فستانها ؛ ميالة إلى الاعتداء ، خجولة ، هيابة ، عصبية المزاج ، كثيرة البكاء ، تخاف من الكلاب والقطط .

(٢) أما النوع الثانى من شلل الأطفال فمعروف باسم (Athetosis)[١] . وترجع العلة فيه إلى إصابة الـ (Basal Ganglia) وهى مجموعة الخلايا والأنسجة التى تقع فوق المخيخ .

والشلل فى هذه الحالات يصيب الأطراف (اليدين والساقين والأصابع . إلخ) ويجعلها فى حركة مستمرة لا إرادية ، وتزداد هذه الحركات اللاإرادية

---

(١) تشابه أعراض هذا المرض الظاهرة المرضية المعروفة باسم (chorea) .

وضوحا أثناء القيام بالأعمال الإرادية وخاصة عندما يكون المصاب تحت تأثير حالة نفسية غير مرغوب فيها . ويصاحب هذه الحركات تقلصات فى عضلات الوجه لا تظهر إلا أثناء اليقظة ، أما أثناء النوم فهى معدومة تماما (انظر شكل ٧ أ) .

٣ — أما النوع الثالث من شلل الأطفال فمعروف باسم Ataxia وينشأ بسبب إصابة المخيخ بالتورم أو الضمور . وهذه الإصابة — أيا كان نوعها — من شأنها التأثير على الأعصاب الموصلة إلى الأطراف السفلى ، فتجعل توازن الجسم مختلا . ومن أهم النتائج البارزة فى هذه الحالة أن تصبح مشية المصاب غير مضبوطة كما يحدث اختلال فى حركات العين عند النظر إلى أعلى أو أسفل أو إلى اليسار أو اليمين . هذا وهناك بعض الأعراض الأخرى المصاحبة (وهى نادرة) مثل إصابة الطفل بالعمى أو التعرض لنوبات صرعية (انظر شكل ٧ جـ) .

وسنعرض هنا حالة طفل فى حوالى الخامسة من عمره أصيب بهذا النوع الأخير من الشلل .

التاريخ التطورى :

كانت الولادة طبيعية ، ورضع الطفل من أمه عاما كاملا ، وبدأ ظهور الأسنان فى السن العادية . أما المشى فقد تأخر ؛ إذ بدأ يحبو فى سن عامين ونصف ، كما أن قدرته على التعبير لم تتضح إلا ابتداء من العام الثالث .

وقد سافر الطفل إلى أمريكا بصحبة والديه ، ومكث هنالك نحو ثلاثة أعوام ، وكان عمره عند سفره عشرة شهور . ولقد شخصت الحالة عندما عرضت على أحد الاختصاصيين ، بأن الطفل مصاب بالشلل ، ولذلك نصح بإلحاقه أحد المعاهد الخاصة بأمريكا .

وعندما بلغ الطفل عامه الرابع أصيب بغيبوبة ظلت عشر دقائق ثم أخذت تتكرر هذه النوبات مع طول مدة الغيبوبة ، وعندما عرضت الحالة على إخصائى الأعصاب شخصها على أنها حالة صرعية ، وأن هناك إصابة بالمخ (ولادية) .

أحضر الطفل بعد ذلك إلى العيادة النفسية الملحقة بمعهد التربية ، وقد كان عمره إذ ذاك أربع سنوات وسبعة أشهر ، وقد أجرينا عليه اختبارات عدة لدراسة قدرته الحركية والعقلية ، ومدى استجاباته الانفعالية .

القدرة العقلية :

اختبار (بينيه) : أجاب الطفل على أسئلة سن ثلاث سنوات، إذ أشار إلى أنفه وعينيه وفمه وشعره، كما سمى الأشياء البسيطة كالقلم الرصاص، إلا أن نطقه لم يكن واضحا . وفى السؤال الخاص بالجنس أجاب بأنه (ولد) وكذلك عرف اسمه كاملا .

وعندما طبق عليه اختبار (بورتيس) لوحظ أنه يسارى ، كما أن قدرته على إمساك القلم لم تكن دقيقة، ولذا كانت الخطوط التى يرسمها غير دقيقة كذلك، ولكنه أبان عن فهمه للفكرة التى عليها الاختبار فى اختبار سن ٣ ولم ينجح فى اختبار سن ٤ سنوات .

وهكذا ترى أن عمر الطفل العقلى كان حوالى ثلاث سنوات ، ومعنى ذلك أن مستوى ذكائه أقل من المتوسط .

المهارات الحركية :

المشى : هناك تداخل واضح فى استعمال القدمين، كما أن جسمه يميل إلى الجهة اليمنى؛ والاتزان ضعيف جدا أثناء عملية المشى؛ ويبدأ المشى بالقدم اليسرى؛ ويتعذر عليه أن يصعد السلم بقدمه اليمنى ، ولذلك فهو يستعمل القدم اليسرى فى الصعود ثم ينقل القدم اليمنى ، وهكذا .

وفى القدرة على استعمال الأيدى ، لاحظنا على الطفل عندما أعطيناه صندوقا به مكعبات، وطلبنا منه إخراجها من الصندوق أنه كان يستعمل يده اليسرى فى إخراجها، ويستعمل اليدين معا فى القبض على المكعب الواحد، وفى حالة وقوع أحد المكعبات على الأرض كان يشير إلى والده ليحضره له .

. وكان يبدو على الطفل عجز واضح فى استعمال يده فى شيء من الاتـزان والتوافق .

وأخيراً أشعلنا عود ثقاب وطلبنا منه إطفاءه فلاحظنا أن حركات الشفاه أثناء محاولته كانت غير متزنة ، ومعنى ذلك أن التحكم فى استدارة الشفاه لإحداث الحركة المطلوبة كان صعبا . وبالإضافة إلى ذلك فقد كانت قدرة الطفل على النفخ فى الصفارة صعبة كذلك .

المهارة الكلامية :

القدرة على نطق الحروف : استطاع الطفل أن يقلد نطق هذه الحروف (ب م ن د ت ل بشكل واضح) أما نطق الحروف المتحركة فلم يكن واضحا ، وذلك لعدم قدرة الطفل على التحكم فى حركات الشفاه واللسان . أما طريقة تعبيره أثناء الكلام ، فقد لاحظنا أنه يتعذر عليه أن يتكلم بعبارة كاملة ، إذ كان يعبر عما يريد فى عبارات متقطعة ، ويفصل بين الكلمة والكلمة التى تليها فترة ، مع بطء واضح ، ومد فى الحروف واضطراب فى التنفس .

الحالة الانفعالية :

كانت تظهر على المصاب حالات انفعالية تتميز بعدم الاستقرار والتـغير الفجائى ، فتارة تجده يضحك ثم فجأة يبكى دون أن يُعرَف سبب للضحك أو للبكاء ، وتارة ينتقل من الثورة إلى الهدوء ، أو من الحب إلى الكراهية ، أو من الجرأة إلى الخوف ، إلى غير ذلك من الظواهر التى ينتقل فيها فجأة من حالة إلى أخرى تغايرها ، وهو إلى جانب هذا كله يقوم بتصرفات تؤلم الغير وتؤذيه وكثيرا ما تكون هذه الأعمال عدائية ، شاذة إلى حد كبير .

هذه حالة من حالات شلل الأطفال ، وهو النوع المعروف باسم (Ataxia) ، وتتميز بخلل واضح فى المهارة الحركية ، وعدم اتزان الجسم ، والترنح أثناء المشى ، بالإضافة إلى عدم الاستقرار فى الحالة الانفعالية ، وقصور فى الناحية العقلية وعدم نضوج فى القدرة على التعبير مصحوبا بالتواء معيب فى النطق.

الناحية العلاجية

يتضمن علاج هذه الحالات النواحى الآتية :

(أولا) العلاج الفيزيولوجى أو الجسمى .

(ثانيا) العلاج الكلامى .

(ثالثا) العلاج النفسى .

العلاج الفيزيولوجى :

ينبغى أن يسير العلاج فى الخطوات التالية :

الخطوة الأولى : إن أساس العلاج فى هذه المرحلة يقوم على تدريب الطفل على إرخاء عضلاته . ويكون ذلك فى جلسات خاصة يطلب منه أثناءها أن يقوم ببعض الحركات الجسمانية ، التى تيسر له التحكم فى استخدام هذه الأعضاء ، أو بعبارة أخرى : يتعود على أن يستعمل هذه الأعضاء بطريقة إرادية ، وتعطى هذه التمرينات كل يوم خلال فترات تبلغ حوالى نصف الساعة فى أول مرحلة العلاج ، ثم تنخفض إلى ١٥ دقيقة يومياً فى النصف الثانى من العام الأول للعلاج .

أما طريقة إعطاء هذه التمرينات فيطلب من الطفل أن يرقد مستلقيا على الأرض فوق (ملاية) أو سرير جاف ، ويستحسن أن يكون عاريا إن سمح الجو بذلك . ويقوم الإخصائى أثناء ذلك بتدليك عضلات الجسم برقة ، حتى تصبح فى حالة استرخاء نسبى ، ثم يقوم ـــ بعد ذلك ـــ بثنى كل عضو من أعضاء الجسم المصاب فى اتجاهات مختلفة . ويستطيع المعالج بجانب ذلك أن يدرب الطفل المصاب على جذب الأشياء إليه بيده ودفعها عنه بقدمه للحصول على شىء معلق ... إلخ .

الخطوة الثانية : تتضمن العلاج فى هذه المرحلة إعطاء المصاب تمرينات خاصة لمساعدته على المشى ، ويكون على النحو التالى :

تمرينات للمشى بمساعدة ، ثم بدون مساعدة . على أن يكون ذلك التدريب

داخل حجرة ، وتحت مراقبة شديدة . هذا ، واستعمال مرآة كبيرة أثناء عملية التدريب يساعد المصاب على أن يرى نفسه ويرى مدى التخبط الذى يقع فيه أثناء المشى ، وكذلك مدى التحسن الذى يطرأ عليه بعد تكرار التمرين .

العلاج الكلامى :

إن الشلل الذى يتعرض له المصابون فى هذه الحالات لا شك يؤثر على جهازهم الكلامى ؛ ويترتب على ذلك إما تعطل فى تطور العملية الكلامية ، أو تباطؤ وتراخ فى إحداث الأصوات ، أو التواء فى طريقة النطق .

والعلاج الكلامى فى هذه الحالات ـ على أنواعها ودرجاتها يتضمن الأمور الآتية :

١ ــ تمرينات خاصة باللسان والشفاه وسقف الحلق ، وتأخذ هذه التمرينات أشكالا مختلفة ، إما داخل فجوة الفم ، أو خارجها ، وبالإضافة إلى ذلك يحتاج المريض إلى تمرينات أخرى خاصة بالنفخ بواسطة أنابيب أسطوانية تساعد على تدريب سقف الحلق ؛ ويمكن الاستعانة بمرآة ليتسنى للمريض معرفة حركات لسانه عند إحداث كل حركة على حدة .

٢ ــ يحتاج المريض ــ فوق ذلك ــ إلى تمرينات فى البلع والمضغ ، ومثل هذه التمرينات تساعد على تقوية عضلات الجهاز الكلامى .

٣ ــ يحتاج المصاب بالإضافة إلى ما سبق إلى تمرينات خاصة بالتنفس تعطى له وهو فى حالة استرخاء ، على أن تكون عملية الشهيق من الأنف ، يقابلها استعمال الفم أثناء عملية الزفير .

٤ ــ هذا ويمكن أن تضاف إلى كل ما سبق تمرينات خاصة بالحروف المتحركة (مفردة) والساكنة (مفردة) ثم المتحركة والساكنة معا ، ويراعى أن تتضمن تلك الحروف كل المجموعات الصوتية : حلقية ، وفمية ، وسنية ، وأنفية .. إلخ .

العلاج النفسي :

لا يقتصر علاج المصاب بشلل الأطفال على الناحيتين الحركية والكلامية ، بل يجب أن يشمل هذا العلاج النواحي النفسية ، ذلك لأن ما يعانيه المصاب من انحرافات وقصور فى الناحيتين السابقتين ، يؤثر بدوره على تكوينه النفسى ، بحيث يجعل مدى التحسن فى نواحى العلاج المختلفة محدودا ، وعلى العكس من ذلك إذا ما راعى المعالج أن يرفع من نفسية المصاب عن طريق الوسائل التعليمية والنفسية المختلفة ، فإن هذا — دون شك — مدعاة إلى استفادة المصاب مما يقدم له من علاج فى أقل زمن ممكن ، فيكون ذلك مدعاة إلى التعجيل بشفائه ورفع حالته المعنوية .

وسنعرض هنا بعض الوسائل التى تستخدم فى هذا الغرض :

(أ) تشجيع المصاب على أن يكون عضوا فى الجماعة : من الواضح أنه نظرا لما يعانيه الطفل من عجز وقصور فى الناحيتين الحركية والكلامية ، نجده عزوفا عن الاختلاط ، ميالا إلى العزلة ، ويترتب على هذه الاتجاهات شعور الطفل بالغربة بين أعضاء الأسرة .

ورغبة فى تجنب ذلك ، يحسن بالكبار أن يعملوا على تشجيع الطفل المصاب على الاختلاط بالرفاق أو الإخوة ، ليتم التفاعل بينه وبينهم على نحو يحقق له الشعور بأنه عضو فى جماعة تحبه وتحنو عليه ، إن هذا التفاعل — دون شك — يولد فى نفسه نوعا من الشعور بالانتماء (Belongingness) وهذا بدوره يساعده على الشعور بالأمن وسط الجماعة التى يعيش بين أفرادها .

هذا ويجب على أفراد الجماعة التى ينتمى إليها الطفل المصاب أن تقوم بتشجيعه بين وقت وآخر ، ويكون هذا التشجيع على النحو التالى : الأخذ بيد الطفل أثناء محاولته المشى ، أو دفع العجلة التى ينتقل بها من مكان إلى مكان داخل المنزل أو خارجه ، أو إزالة اللعاب الذى يسيل من فمه ، أو مساعدته على تناول الطعام .. إلخ .

كل هذا يؤدى إلى تقوية العلاقات التى تنمو بينه وبينهم ، كما يكون عاملا قويا يجعله يشعر فى قرارة نفسه بأنه عضو مرغوب فيه ، وليس عالة محطمة ، وعبئا ثقيلا على كاهل الأسرة .

(ب) تشجيع المصاب — من وقت لآخر — على الاعتماد على نفسه : من غير المستحسن أن يقوم المحيطون بالطفل بقضاء حاجاته كاملة لأن ذلك يؤكد فى نفس الطفل ذلك الشعور بالعجز (Helplessness) الذى يراوده بين حين وحين . ولأجل أن نجنبه هذا التفكير يحسن أن نهيىء له الفرصة ليقوم ببعض الأعمال اليومية التى تجعله يشعر بأنه يستطيع أن يقوم ببعض الأعمال التى يحافظ بها على كيانه ، كأن يترك لتناول طعامه فى حدود إمكانياته ، وكإغرائه على اللعب والحركة فى جو يثيره ويدفعه إلى التعبير والتفاهم لتحقيق رغائبه ؛ أو تكليفه ببعض الأعمال التى لا تتطلب مجهودا . ولا شك أن هذه الأمور على اختلاف نواحيها كفيلة بتشجيعه وإكسابه شيئا من الثقة بالنفس .

(ج) ولأجل أن تكون الصورة العلاجية كاملة ، يحسن أن نشير إلى الدور الذى يقوم به الآباء فى مساعدة المشرفين على العلاج ، فدعوة الآباء والأمهات لازمة من وقت لآخر للتشاور معهم فى حالات أطفالهم ، وللوقوف على مدى التحسن الذى نالهم . كما أنه يجب ، إن كان للبيئة المنزلية أثر فى علة الطفل ، أن تناقش هذه العوامل مع الآباء بما يكفل إزالتها ، ومن بين هذه العلل ، العطف الزائد ، والقسوة الزائدة ، وعدم منح الطفل المصاب الفرصة للاختلاط والاعتماد على النفس فى جو يبعث على الطمأنينة والهدوء .

الخلاصة

إن دراسة شتى النواحي التشخيصية التى أوردناها ، وتطبيق تلك الدراسة فى معالجة جماعة المصابين بالشلل ، قصد بهما تقويم ما اعوج من نطق هؤلاء الأطفال ، مع العمل على النهوض بشخصياتهم عن طريق شتى الوسائل العلاجية النفسية .

وأحب أن أشير إلى أن الخطوات العلاجية التى أوردناها ، لا ينبغى أن يبدأ فيها قبل استشارة طبيب الأعصاب .

المراجع

1. Elizabeth Evans Lord : Children handicapped by cerebral palsy. London (1937).

2. Wendell Johnson : Speech Problems of Children New York (1950).

3. Ruth Boffman & Ollie Backus; Group Therapy with Preschool Children having Cerebral palsy. Jour. 6f Speech & Hearing Disorders. Dec. 1954, pp. 350 - 54.

الفصل السادس

عيوب النطق والكلام

الناتجة عن نقص فى القدرة الذهنية

تمهيد :

إن للنقص العقلى أثره فى اكتساب اللغة عند الطفل ، وفى مدى قدرته على استعمالها ، ويتجلى ذلك الأثر فى قلة المفردات ، وفى أن الأفكار تتصل دائماً بالمحسوسات مع عجز والتواء فى طريقة النطق .

ويعرف النقص العقلى بأنه « حالة عدم اكتمال النمو بدرجة تجعل الشخص غير قادر على المواءمة بين نفسه وبين البيئة العادية بحيث لا يستطيع الاحتفاظ ببقائه وحياته بين غيره بدون إشراف أو حماية أو رعاية خارجية ، على أن يكون ذلك ملازماً الشخص من بدء حياته الأولى[1] » ، وتشمل حالات النقص العقلى Mental defeciency الفئات الآتية :

(أ) طبقة ضعاف العقول feeble-minded وتقع نسبة ذكائهم بين ٥٠ — ٧٠ تقريبا . وتبلغ نسبة وجود هذه الطائفة بين أفراد المجتمع نحو ٧٥و٪ وتطلق على أفرادها أحيانا الاصطلاح « مورون Moron » .

(ب) البلهاء Imbeciles وتقع نسبة ذكائهم بين ٢٥ و ٥٠ تقريبا ونسبة وجود هذه الطائفة فى المجتمع تبلغ حوالى ١٩,٠٪

(جـ) المعتوهون Idists وهم أحط طبقات الضعف العقلى ، وتبلغ نسبة وجود هذه الطائفة فى المجتمع ٠٦,٠٪ أما نسبة ذكائهم فهى أقل من ٢٥ .

ومن الممكن أن نقسم أسباب النقص العقلى إلى عاملين رئيسيين :

(أولا) عوامل وراثية تتصل بالناحية التكوينية التى تؤثر فى تكوين الخلايا ، وهذا النوع من النقص العقلى معروف باسم النقص العقلى الابتدائى أو الأولى Primary amentia ، ويمكن التحقق من هذا النوع بطريق دراسة التاريخ التطورى للحالة ، وكذلك بطريق دراسة التاريخ العائلى لمعرفة ما إذا كان هناك أثر للنقص العقلى فى الأسرة أم لا .

---

(١) عيادات العلاج النفسى ، للدكتور محمد خليفة بركات صفحة ٦٧

(ثانياً) عوامل بيئية : وهى العوامل التى تؤثر فى الجنين بعد تكوينه ، سواء أكان ذلك أثناء الحمل ، أم أثناء عملية الوضع أم بعد الولادة . وإصابة الأم فى الأسبوعين الأولين من الحمل بالحصبة الألمانية مثلا مدعاة إلى احتمال تعرض الجنين لإصابات فى المخ تؤثر بدورها على الخلايا الخاصة بالناحية الذهنية . وقد يحدث فى بعض الحالات الأخرى أن ينتج عن الولادة العسرة التى تحدث جروحا وكدمات فى المخ « أن يتحول الطفل الذى لديه استعداد لأن يكون مفرط الذكاء إلى طفل أبله أو معتوه » ويتضح من الأمثلة كيف تؤثر البيئة الخارجية فى الاستعدادات الوراثية التى يولد الطفل مزوداً بها .

وقد اتفق على تسمية النقص العقلى الذى يرجع إلى عوامل بيئية بالنقص العقلى الثانوى Secondary amentia وهو يوجد بنسبة ٢٠٪ من مجموع حالات النقص العقلى ، بينما النوع الأول يوجد بنسبة ٨٠٪ .

النقص العقلى وعلاقته بتأخر الكلام :

إن من بين نتائج النقص العقلى ما يصيب تطور الكلام والقدرة على التعبير من تأخر ونقص ، وتأخر الكلام الناجم عن نقص فى القدرة الذهنية يأخذ صوراً وأشكالا متعددة ، فهو إما أن يكون على شكل إحداث أصوات معدومة الدلالة يقوم بها الطفل كوسيلة للتخاطب والتفاهم ؛ وهو فى هذه الحالة أقرب إلى جماعة الصم البكم فى طريقة تعبيرهم عن حاجاتهم ودوافعهم ؛ وإما أن يأخذ مظهراً آخر ، فنجد الطفل قد تقدمت به السن التى تسمح له بأن يستعمل اللغة استعمالا ميسوراً ولكنه ما يزال يعبر عما يريده بإشارات وإيماءات مختلفة بالرأس أو اليدين . ثم إن هناك مظهراً ثالثا لتأخر الكلام يشترك فيه الكثير من أفراد هذه الفئة ، حيث يتعذر عليهم الكلام باللغة المألوفة التى تعودنا سماعها ، بل إننا نجدهم يستعملون لغة خاصة ليست لمفرداتها أية دلالة لغوية : ألفاظ مدغمة متداخل بعضها فى بعض بدرجة لا تسمح للسامع بمتابعتها أو بمعرفة دلالتها .

وتتفاوت هذه المظاهر من حيث الدرجة بالنسبة لحالة المصاب فى سلم النقص العقلى ، فهى تظهر فى (المورون) بدرجة أقل من الدرجة التى تظهر بها عند الأبله مثلا . وسنعرض هنا مجموعة من حالات النقص العقلى لنعرف مدى تأثر الكلام بهذه الظاهرة .

الحالة الأولى :

طفل فى السادسة من عمره ضئيل الجسم ، ضعيف البنية ، وهو الطفل الأول فى الأسرة بين إخوة عددهم ثلاثة . لا يوجد بين أفراد الأسرة من يعانى نقصاً فى قدرته الذهنية .

التاريخ التطورى والصحى للحالة :

كانت حالة الأم النفسية أثناء الحمل مضطربة بسبب وفاة أختها الكبرى التى أشرفت على تربيتها ، هذا وقد أصيبت الأم أثناء الحمل (بخبطة) من بطيخة فى بطنها .

كانت عملية الوضع عسرة ، فقد استمرت الأم تعانى آلام الوضع مدى ٢٤ ساعة ونزل الطفل صغير الحجم ؛ الرضاعة كانت من الثدى ، ولكن كانت رغبته فى الحصول على لبن الأم ضعيفة ؛ وقد بدأت عملية الفطام بعد حوالى العشرين شهراً عندما حملت الأم من جديد ، وكان فطامه مصحوبا بإسهال وارتفاع فى درجة الحرارة .

وأبتدأت أسنان الطفل فى الظهور فى سن ٤ شهور ، وابتدأ المشى فى سن ١٨ شهراً وقد ضبط عملية التبول فى منتصف العام الرابع (٣$\frac{1}{2}$) سنة) .

وقد مرض الطفل بالحصبة فى سن ٨ شهور ، وشفى منها دون مضاعفات ، ثم عاودته مرة ثانية فى سن ٣ سنوات واستمرت معه مدة طويلة كان الطفل فى السنوات الثلاث الأولى من حياته ضعيفاً هزيلا .

تطور الكلام :

نطق الطفل الكلمات الأولى فى سن ٨ أشهر ، وظل محصوله اللغوى قاصرا على كلمة (ماما وبابا) حتى السنة الثالثة من عمره ، وعندما التحق بأحد (الكتاتيب) وهو فى سن الخامسة بدأت المفردات لديه تزداد فى العدد ، إلا أن طريقة نطقه لما يفوه من ألفاظ لم تكن واضحة .

قدرة الطفل على الفهم :

تعذر إجراء أى اختبار لقياس قدرة الطفل العقلية ، وعندما عرضت على الطفل صورة (نخلة) قال إنها صورة (راجل) ولم يستطع التمييز بين قطع النقود المختلفة كما تعذرت عليه التفرقة بين يده اليسرى واليمنى . يستطيع الطفل الإشارة إلى بعض أجزاء الوجه مثل الأنف والعينين ؛ رسوم الطفل لا تخرج عن كونها نوعا من (الشخبطة) .

سلوك الطفل :

الطفل كثير الحركة ، يقوم بحركات هوجاء ، ميال إلى الاعتداء والتخريب ، قذر ، عنيد ، يصر على إجابة طلباته ، وقد جاء فى تقرير المدرسة ما يلى « هذا الطفل يدل سلوكه على أنه طفل غير عادى ، فهو كثيراً ما يعتدى على الأطفال بالضرب لدرجة أنه يحدث بهم إصابات بدنية ، وقد وضع مرة إصبعه فى عين أحد تلاميذ الفصل ومرة أخرى ضرب تلميذا آخر بقبضة يده على فمه فأسال منه الدماء ، ومرة ثالثة ضرب تلميذاً فى جبهته ، فأحدث به جرحا كبيرا . ومن ضمن سلوكه الشاذ أنه يخلع ملابسه فى الفصل ثم يعيد لبسها ، ودائما يتحرك حركات لا مبرر لها ، تؤدى إلى ارتباك نظام الفصل وهنا تضطر المدرسة إلى طرده من الفصل ، فسرعان ما يعود إليه عن طريق النافذة . وعندما يوجه إليه أى سؤال يضحك بصورة غريبة . أما من الناحية الدراسية فليس لديه أى محصول دراسى ، وليست لديه القدرة على فهم ما يلقى إليه من معلومات ، أو استيعابها ، كما أنه تعوزه القدرة على الانتباه .

الحالة الثانية :

طفل فى السابعة من عمره يتمتع بصحة جيدة ، حضر للعيادة محولا من المدرسة بناء على شكوى مدرّسة الفصل التى تقول « إنه لا يستطيع نطق الكلام نطقا صحيحاً ولا يُفهم ما يتفوه به من ألفاظ ، وتقرر الأم أن هذه الحالة موجودة عند الطفل منذ الصغر ، وقد كان حتى السادسة لا يمكنه نطق الكلمات بوضوح ، وهو لا يزال حتى الآن ينطق بعض الكلمات بطريقة معينة غير مألوفة ، فمثلا يقول على الأتوبيس (بيس) وعلى كلمة خمسة (أمسة) وعلى كلمة خروف (أووف) وعلى كلمة عربية (بية) .

تاريخ الحياة فى الطفولة :

ولد الطفل ولادة طبيعية بعد حمل استقر تسعة أشهر ، وقد كانت التغذية عن طريق الثدى حتى نهاية العام الأول من حياته ، حيث فطم بوضع مادة (الصبر) على حلمة الثدى . ابتدأت الأسنان فى الظهور منذ الشهر الثامن ، ولم يصب الطفل بأى مرض أثناء ظهور الأسنان ، وابتدأ المشى بدون مساعدة بعد السنة الأولى . ضبط الطفل عملية التبول والتبرز فى المواعيد الطبيعية . أصيب بالحصبة فى العام الثانى من حياته ، كما أصيب وهو فى الثالثة (بالسعال الديكى) ومكث مصابا به فترة بلغت ستة أشهر . فى سن الرابعة تعرض لنوبة شديدة من التشنج استمرت معه نحو نصف ساعة ، إلا أنها لم تتكرر ، كثيرا ما ينزف الدم من أنفه ، ويحدث ذلك إذا ما ضربه أحد على رأسه أو مشى مسافات طويلة .

القدرة على الفهم :

حاولت إجراء اختبار المتاهات (لبورتيس) على الطفل ، وكذلك اختبار الإزاحة (لألكسندر) ، إلا أن الطفل تعذر عليه فهم تعليمات الاختبارين . لا يعرف الطفل التفرقة بين اليد اليسرى واليد اليمنى ، إلا أنه يستطيع الإشارة إلى أجزاء الجسم ، كما يستطيع أن يميز بين الولد والبنت .

تطور الكلام :

بدأ الطفل نطق الكلمات الأولى بعد العام الثالث من عمره ، وبعد ذلك بدأ فى اكتساب مفردات جديدة ، إلا أن نطقه لها كان يتميز بالظواهر التالية : (حذف — قلب — إبدال — تداخل بعض المقاطع فى بعض — استعمال كلمات لا علاقة لها بالمدلول) .

سلوك الطفل :

لا يحاول أن يعتدى على أحد من الأطفال ، تصفه الأم بأنه مطيع لجميع أفراد العائلة . يستطيع أن يقوم ببعض الأعمال البسيطة ، ولكنه إذا أعطى نقوداً لشراء بعض حاجيات المنزل فإنه قلما يعود ومعه باقى الحساب صحيحا . لا يزال يجهل الحروف الهجائية قراءة وكتابة ، وقد أمضى ثلاث سنوات فى السنة الأولى بإحدى مدارس رياض الأطفال ، ولا يزال غير قادر على أن يحافظ على أدواته المدرسية ، فكل يوم تشترى له والدته كراسة جديدة ، وقلما جديدا ، إذ يستولى الأطفال الآخرون على أدواته باطراد .

الحالة الثالثة :

طفل فى الثامنة من عمره ، كان يبدو عليه القلق والاضطراب عند حضوره إلى العيادة ، إلا أنه كان يتمتع بصحة جيدة . حضر إلى العيادة فى صحبة إحدى المشرفات الاجتماعيات ، وكانت شكوى المدرسة تتلخص فيما يلى :

« ضعيف جدا فى التحصيل المدرسى مع إفراط زائد فى الشقاوة » .

وعند بحث الحالة اتضح لنا ما يلى :

التاريخ التطورى والصحى :

ولد الطفل ولادة طبيعية سهلة بعد حمل دام تسعة أشهر ، وتغذى تغذية طبيعية من والدته حتى الشهر التاسع ، وبعد ذلك اضطرت الأم إلى فطامه نظرا لجفاف لبن ثديها . ومنذ ذلك التاريخ أرسل الطفل ليعيش مع جدته لوالدته

وكانت تقطن على مقربة من الأسرة ولم يجد غضاضة فى ذهابه إليها، لأنه كان معودا عليها لكثرة ترددها على منزله والإقامة معهم أحيانا .

بدأ الطفل التسنين منذ الشهر الرابع، كما بدأ المشى مبكرا . أما الكلام فعلى الرغم من أنه بدأه مبكرا إلا أن نطقه لمقاطع الكلمات كان مدغما ؛ وبالإضافة إلى ذلك فقد كانت العيوب الإبدالية واضحة واستمر محصوله اللغوى يزداد كلما تقدم العمر ، إلا أن طريقة نطقه كانت معيبة .

كانت حالة الطفل الصحيـة فى السنوات الأولى من حياته حسنة ، ولم يتعرض لأمراض سوى الحصبة والسعال الديكى .

القدرة على الفهم :

أجريتُ على الطفل اختبار رسم الرجل (لجودانف) ، وقد كان عمره العقلى على حسب نتيجة ذلك الاختبار يعادل أربع سنوات وستة أشهر ، وفى الوقت الذى كان عمره الزمنى وقت إجراء الاختبار نحو ثمانى سنوات وبضعة أشهر لا تزيد عن الستة .

سلوك الطفل وموقف الأسرة منه :

يتعرض الطفل لنوبات فزع شديدة أثناء النوم ، وتتكرر هذه النوبات مرة كل ليلة، أو كل ليلة وأخرى . وقد أصيب بها منذ حوالى عام، حيث يقوم من نومه فزعا خائفا صارخا ويوجه الكلام إلى أمه « اوعى تضربينى .. اوعى تشكينى للمدرسة » . وتستغرق النوبة دقيقتين أو ثلاث دقائق يستغرق الطفل بعدها فى النوم .

ولقد اتضح كذلك من بحث الحالة أن مدرّسة الطفل كثيرة الضرب له، على الرغم من أنه هو نفسه يخفى هذه الحقيقة عن أسرته، إلا أنه عند عودته تظهر عليه آثار الضرب المبرح فى وجهه ويديه . ولقد بلغ من قسوة هذه المدرّسة أن أصبح الطفل يكره الذهاب إلى المدرسة، وكثيرا ما حاول الهرب منها . فقد كان

يخرج من المنزل صباحا بقصد الذهاب للمدرسة، ولكنه بدلا من ذلك كان يجلس بجانب الباب الخلفي المغلق للمدرسة حتى يعلن ميعاد الانصراف، فيتوجه إلى منزله. ولقد علمت الأم بسلوك الطفل، وهي لذلك تذهب معه يومياً إلى المدرسة، وتعود لأخذه منها بعد الظهر حتى لا يجد فرصة للهرب.

وبالإضافة إلى ذلك قررت الأم أن ولدها مفرط الشقاوة فى المنزل، كثير الاعتداء على إخوته، ذكورا وإناثا صغارا وكبارا، ولا يميل إلى مصادقتهم أو اللعب معهم، ويميل فوق ذلك إلى ضرب إخوته البنات، وجذب شعورهن. ولا يقتصر اعتداؤه على إخوته، بل يتعدى ذلك إلى أولاد الجيران، وكثيرا ما تأتى أمهات هؤلاء الأطفال إلى والدة الطفل شاكيات من اعتداء الولد على أطفالهن فيكون نصيبه من جزاء ذلك الضرب المبرح، ويلاحظ أن الطفل لا يقابل ضرب أمه له بالصمت والاستكانة، ولكنه دائما يعمد إلى سبها بألفاظ جارحة أو ركلها أو البصق فى وجهها.

الحالة الرابعة :

طفلة فى العاشرة والنصف من عمرها، حالتها الصحية جيدة، قصيرة، ممتلئة الجسم، بعينها حول. حضرت إلى العيادة بصحبة والدتها بناء على شكوى المدرسة من عدم قدرة الطفلة على متابعة الدروس المدرسية، وبالإضافة إلى ذلك فهى تعانى صعوبة فى النطق.

وقد أمضت الطفلة بالمدرسة ثلاث سنوات دون أية استفادة، فهى حتى الآن لا تعرف كتابة اسمها أو جمع أبسط العمليات الحسابية. أما معرفة الطفلة للحروف الهجائية فإنها قاصرة، إذ لا تستطيع كتابة كلمة مكونة من أكثر من ثلاث حروف، وإذا حكيت لها قصة لا يمكنها ترديدها، ويتعذر عليها عمل الواجبات المدرسية وهى ترغم والدتها على حلها لها، لأن المدرّسة تضربها ضربا قاسيا إذا لم تنجز ما تكلف به من أعمال.

سلوك الطفلة :

تقرر الأم أن سلوك طفلتها يبدو شاذا ، فهى تعتدى على الأطفال الصغار دون أى سبب ، وتضربهم بأى شىء يتاح لها ؛ وهى تخاف من الأطفال الذين يكبرونها سنا ؛ وتسب كل من يقابلها من الأفراد بألفاظ نابية ، ولا تفرق فى هذه الحالة بين من تعرفهم ومن لا تعرفهم ، تكسر كل شىء يقع تحت يدها بالمنزل ، فكثيراً ما تكسر زجاج النوافذ ، وإذا ما اشترت والدتها حذاء جديداً تأخذه وتكسر كعبه ؛ وإذا ما أرسلتها والدتها لشراء بعض الحاجات تشترى بالنقود ما تريده وتأكله دون أى اهتمام بطلبات والدتها ، وأحيانا تضيع النقود ، وإذا سألتها والدتها عنها أجابتها : « وإيه يعنى ضاعوا » . وفى ذات يوم طلبت الطفلة من والدتها نقودا لتشترى شيئا تريده فامتنعت الوالدة عن إعطائها ، فما كان منها إلا أن فتحت حقيبة والدتها دون أن تراها وأخذت جنيها ومزقته قطعا صغيرة ثم دفعت بها من النافذة وهى مسرورة بمنظر القطع تتطاير ، ثم أخذت تنادى على والدتها لتشاهد المنظر .

يضاف إلى كل ذلك أن شذوذ الطفلة فى السلوك يبدو على النحو التالى :

تدخل عند الجيران بدون استئذان وتعبث بالأشياء التى تصادفها ؛ وإذا تأخرت أختها الكبرى فى النوم توقظها بالضرب على وجهها بشدة بدرجة تجعل أختها تقوم من النوم فزعة ؛ وإذا حضر عندهم زائر فإنها بمجرد أن تراه تقول له « هات فلوس » . وتذهب بعد عودتها من المدرسة إلى معهد ليلى ليقويها فى العلوم ، وقد حدث أثناء درس اللغة العربية أن وقعت من المدرس على الأرض أثناء الشرح قطعة طباشير فانحنى ليتناولها ، فما كان منها إلا أن أسرعت نحوه وأخذت تعبث بشعره وتقول له .. « أعمل شعرك بلح » ....

التاريخ التطورى للحالة :

ولدت الطفلة ولادة طبيعية سهلة ، وتغذت من ثدى أمها ، وعند إرضاعها أول مرة لاحظت الأم وجود سنَّة فى فم الطفلة ، وبعد انقضاء ثلاثة أشهر ظهرت لها أربع أسنان فى الفك الأعلى . وقد كانت الطفلة تبدو كبيرة الحجم فى الشهور الأولى من حياتها ، كما كانت تنمو نموا بدنياً سريعا ؛ فابتدأت المشى فى أوائل السنة الثانية . أما الكلام فقد ظهر متأخرا ، إذ بدأت تنطق كلمة (ماما وبابا) عندما بلغ عمرها ثلاث سنوات . وقبل ذلك كانت لا تفوه إلا بعبارة « إيه .. إيه .. » وبعد سن الثلاث سنوات عرفت بعض الكلمات البسيطة ، ولكن كان نطقها غير واضح ، ونستطيع أن نوضح ذلك بالأمثلة التالية :

— فريال تنطقها (إياى) .

— عندما تريد أن تأكل تستعمل الاصطلاح الطفلى (ممّ) وعندما تريد الشرب تقول (ميّه) . والغريب أنه حتى سن السادسة كان يتعذر عليها تسمية أسماء الطعام .

القدرة على الفهم :

أعطيت الطفلة بصفة مبدئية اختبار رسم الرجل (لجودانف) فحصلت على ١٠ درجات ، وهى تعادل عمرا عقليا قدره ٥ سنوات وستة أشهر .

ثم بعد ذلك أخذت ألقى عليها بعض الأسئلة من مستويات عقلية مختلفة من اختبار الذكاء (لبينيه) وإليكم نماذج من الأسئلة والإجابات عليها :

(١) إعادة ثلاثة أرقام :

٦	٤	١	أعادت الأرقام إعادة صحيحة .
٣	٥	٢	أعادت الأرقام إعادة صحيحة .
٨	٣	٧	أعادت الأرقام إعادة صحيحة .

(سؤال من اختبار سن ٣ سنوات) .

(٢) الفهم من الدرجة الأولى :

(أ) إذا حسيت إنك تعبانة ... لازم تعملى إيه ؟

إجابة الطفلة (مش باعمل حاجة . ثم قالت ثانية بادوخ) .

(ب) إذا حسيت إنك بردانة ... لازم تعملى إيه ؟

إجابة الطفلة (بأبرد . ثم قالت ثانية « ألبس جلبية كاستور ») .

(جـ) إذا حسيت إنك جعانة ... لازم تعملى إيه ؟

إجابة الطفلة (آكل ...) .

(٣) التمييز بين الألوان : (اختبار لسن ٥ سنوات) :

عرفت الطفلة اللون الأحمر والأصفر، إلا أنها أطلقت اللون البرتقالى على اللونين الأزرق والأخضر .

(٤) التمييز بين اليد اليمنى واليسرى : (اختبار لسن ٦ سنوات)

فين إيدك اليمنى ؟ (أشارت إلى اليد اليسرى)

فين عينك اليمين ؟ (أشارت إلى العين اليسرى)

فين ودنك الشمال ؟ (أشارت إلى الأذن اليمنى)

فين إيدك الشمال ؟ (أشارت إلى اليد اليمنى)

(٥) اختبار سن ٧ سنوات :

— لك كم صباع فى اليد الواحدة — أجابت : ٦

— لك كم صباع فى اليدين الاثنتين — أجابت : ٧

(٦) أسماء أيام الأسبوع (ذكرتها صحيحة)

ثم بعد ذلك قلت لها : إيه اليوم اللى قبل يوم الخميس ؟ فقالت : يوم الجمعة .

— إيه اليوم اللى قبل يوم الجمعة ؟ فقالت : (السبت) .

إلى هنا نكون قد تحدثنا عن أهم خصائص النقص العقلى من الناحية السلوكية والانفعالية، موضحين ذلك من دراستنا لبعض الحالات ، وهذه الحالات يمكن تقسيمها بصفة عامة إلى نوعين :

(أ) حالات تكون انفعالاتهم متقلبة، إذ يتميزون بسرعة الانتقال من موضوع إلى آخر، وهم ميالون بطبعهم إلى المعاكسة وإحداث الشغب فى المنزل والمدرسة على حد سواء، وهذا النوع معروف باسم «Hyper - Kienetic child» .

(ب) والنوع الثانى تكون انفعالاتهم بطيئة الاستثارة، كما أنهم لا يميلون إلى القيام بأى عمل فيكونون متصفين بالخمول والبلادة .

وقد تصحب النقص العقلى فى بعض الحالات خصائص جسمية معينة نلاحظها فى طائفة من المترددين على العيادات الكلامية ويمكن تقسيم تلك الطائفة إلى فئتين :

١ ـ الأطفال الكثم (Cretins)   ٢ ـ الأطفال المنغوليين (Mongols) .

ويمتاز أفراد الفئة الأولى بالقصر وصغر الجثة بحيث لا يتناسب سنهم مع مظهرهم الخارجى، فليس هناك مظهر للنضوج الجسمى عليهم. وهؤلاء لا يفطن أهلوهم إلى حالتهم فى السنين الأولى من حياتهم، ولكنهم يلاحظونها بعد أن تكبر سنهم ويظهر هذا التناسب بينها وبين المظهر الخارجى .

وأبرز الصفات الجسمية فى هؤلاء استدارة المعدة وقصر الذراعين والساقين وجفاف الجلد وخفة الشعر واستدارة الوجه وتضخم اللسان ويرجع السبب فى تلك الحالات إلى نقص فى إفرازات الغدة الدرقية .

وأهم ما نلاحظه فى كلام الطفل الأكثم عدم النضج اللغوى مع قبح فى طريقة إخراج الحروف ناشئ عن تراخ فى أدائها .

ونحب أن نشير إلى أن العلاج الكلامى لا يؤتى ثماره ما لم تعالج الحالة الجسمية عن طريق يعيد إلى الغدة الدرقية نشاطها، فإذا لم يفد العلاج الطبى فلا أمل مطلقا فى الوصول إلى نتيجة من العلاج الكلامى .

ويمتاز أفراد الفئة الثانية بأنهم يشبهون إلى حد كبير سكان الصين الشمالية فى فرطحة الأنف ، واتساع المسافة بين العينين ، مع كبر الرأس وقصر فى الرقبة ، تصحب كل ذلك ضخامة فى الكفين والأصابع لا تتناسب مع السن ، كما أن المظاهر الجنسية الثانوية تكاد تنعدم عند هؤلاء ، كشعر العانة وبروز الثديين .

أما من الناحية الانفعالية ، فيلاحظ على هؤلاء الميل إلى السرور والمرح والضحك بصوت عال ، يضاف إلى هذا أنهم كثيرو الحركة قد يرون على التقليد لدرجة تلفت النظر .

أما سبب تلك الحالات فلا يزال موضع دراسة ، فهنالك من يعزوه إلى مرض الزهرى الموروث ، وهنالك من يقول بأن تفاوت الزوجين فى السن مدعاة إلى إعقاب هذا الصنف من الأطفال الشواذ ، بينما يرجع آخرون سبب ذلك إلى أمراض تصيب الأم أثناء مدة الحمل ، ويقول بعضهم إن لهذا الشذوذ علاقة بالغدة النخامية .

وأهم ما نلاحظه فى كلام الطفل (المنغولى) هو صوته الأجش المرتفع ، ونطقه البليد الجاف ؛ وعند فتح أفواه (المنغوليين) يجد أحيانا تشويهات داخلها ، فى الحلق أو الأسنان .

وليس فى وسع الإخصائى الكلامى أن يقدم أى معونة إلى هؤلاء ، ولكن أمر علاجهم يوكل إلى الطبيب البدنى ، ولعل الطب الحديث يخرج علينا بطرق جديدة لعلاج هؤلاء .

الفصل السابع

عيوب النطق والكلام

الناتجة عن نقص القدرة السمعية

ضعاف السمع والصم :

فى أغلب المدارس ، نجد بين وقت وآخر وفى فرق مختلفة ، أن هناك من بين التلاميذ من لا يستطيع أن يسمع جملة كاملة إلا إذا خوطب بصوت مرتفع غير مالوف . وكثيرا مايمكث هؤلاء التلاميذ فى الفصول العادية دون أن يلتفت إليهم أحد ، وهم فى أكثر الوقت لا يفعلون شيئا يذكر ، ولا يلتفتون إلى ما يقال ، يقضون أوقاتهم فى الكتابة أحيانا أو فى الرسم أحيانا أخرى ويعلل المدرس ذلك بأن أمثال هؤلاء التلاميذ من طبقة ضعاف العقول أو من الأغبياء الذين تتعذر عليهم متابعة الدرس.

وبجانب تلك الفئة من الأطفال ، توجد فئة أخرى تعانى نقصا كاملا فى القدرة السمعية ، وتكوّن هذه الجماعة الصم (Deaf) ؛والصمم كما سنرى عاهة أكثر إعاقة من العمى ؛ إذ أن الأصم يتعذر عليه بسبب عاهته الاشتراك فى المجتمع .

وسنعالج فى الصفحات المقبلة هذا النوع من الشذوذ الحسى ، مبينين أسبابه ودرجاته ، والوسائل العلاجية والتعليمية المختلفة التى تقدم للأخذ بيد تلك الفئات التعسة من الأطفال .

الفرق بين الصمم وضعف السمع :

ليس الفرق بين الأصم وضعيف السمع هو فى الدرجة ، ذلك لأن الأصم هو ذلك الشخص الذى يتعذر عليه أن يستجيب استجابة تدل على فهم الكلام المسموع ، بينما الشخص الذى يشكو ضعفا فى سمعه يستطيع أن يستجيب للكلام المسموع استجابة تدل على إدراكه لما يدور حوله ، بشرط أن يقع مصدر الصوت فى حدود قدرته السمعية . ومعنى هذا أن الشخص الأصم يعانى عجزا أو اختلالا يحول بينه وبين الاستفادة من حاسة السمع ، فهى معطلة لديه . وهو لهذا لا يستطيع اكتساب اللغة بالطريقة العادية ، فى حين أن ضعاف السمع يعانون نقصا فى قدرتهم السمعية ، ويكون هذا النقص غالبا على درجات .

الطرق المختلفة لاختبار السمع :

هناك عدة طرق لقياس حدة السمع، منها :

(١) اختبار الهمس (Whispering Test) : ويكون على النحو التالى : ينطق المختبر مجموعة من الأعداد همسا وفى غير ترتيب. ويحسن أن يقف المختبِرُ خلف المختبَرَ، أو على جانبه، وذلك لتلافى ترجمة الأصوات المهموس بها عن طريق قراءة الشفاه. ويجب أن يكون الهمس متجها نحو كل أذن على حدة .

(٢) اختبار الساعة الدقاقة (Watch - tick Test) : تجرى هذه التجربة فى هذه الحالة، أولا — على فرد عادى من حيث القدرة السمعية، ثم تقاس المسافة التى ينتهى عندها سماع دقات الساعة وتعتبر هى النهاية العادية للسمع عند العاديين . وزيادة فى الدقة يصح أن تجرى التجربة على مجموعة من الأفراد العاديين ثم يؤخذ المتوسط الذى يعتبر مقياسا لدقة السمع فى بيئة معينة . وعلى أساس هذا المقياس نستطيع قياس درجة حدة السمع لدى مجموعة من الأفراد .

وطريقة إجراء التجربة تكون على النحو التالى :

يؤتى بالفرد ، مغمض العينين، ثم نطلب منه الوقوف عند نهاية العلامة التى انتهى عندها سماع دقات الساعة لدى الأفراد العاديين ؛ فإذا سمع الدقات فى هذا الوضع اعتبر فردا عاديا من حيث القدرة السمعية، أما إذا تعذر عليه ذلك قربت الساعة من أذنه تدريجيا حتى يسمع دقاتها ثم تحسب المسافة فى الوضع الأخير وتقارن بالوضع الأول العادى ؛ فإذا كانت المسافة التى يقف عندها سماع دقات الساعة فى حالة فرد ما، أقل من $\frac{1}{2}$ المسافة عند العاديين، حكمنا على ذلك الشخص الذى يجرى عليه الاختبار بأنه ضعيف السمع .

(٣) وهناك طريقة ثالثة لاختبار القدرة السمعية، وذلك بواسطة الصوت الطبيعى للإنسان، ويطلق على هذا الاختبار (The Spoken Voice Test) ، ويجرى هذا الاختبار على النحو التالى :

تسد إحدى الأذنين بقطعة من المطاط أو القطن ، ويقف الفرد وبجانبه شخص آخر فى جهة من الحجرة تبعد عن المختبِر بمسافة قدرها ٢٠ قدما ، وتكون المسافة بينهما مقسمة إلى وحدات (قدمية) ، ثم يوجه المختبِرُ إلى المختبَر بعض الأسئلة التى تتناسب مع ميوله وعمره ودرجة ذكائه . وعند سماع الطفل السؤال الموجه إليه ، يهمس فى أذن الشخص الذى يجاوره بالإجابة . وفى حالة عدم سماعه السؤال ، يتقدم المختبِرُ قليلا إلى الأمام ويعيد توجيه السؤال إليه ، فإذا تعذر عليه سماع السؤال فى هذا الوضع الجديد ، تقدم المختبر مرة ثانية وأعاد عليه السؤال ، وهكذا ، ثم تقاس المسافة التى يتم عندها السماع وتحسب النتيجة على الشكل التالى :

المسافة التى يتم عندها السمع :

المسافة الكلية :

ولنفرض أن القدرة السمعية لدى الطفل المختبَر انتهت عند ٨ أقدام ، فمعنى ذلك أن قدرته السمعية هى $\frac{٨}{٢٠}$.

وأحب أن أشير إلى أن الأطفال يختلفون من حيث قدرتهم السمعية ؛ فمنهم من يسمع الأصوات العادية على مسافة ٢٠ قدما ، ومنهم من يسمعها على مسافة خمس أقدام ومنهم من يسمعها على بعد قدمين ، ومعنى ذلك أن هناك درجات متفاوتة فى حدة السمع ، أو بعبارة أخرى : إن الضعف السمعى يكون على فئات .

وطريقة الاختبار بالصوت العادى طريقة غير مضبوطة ، لأنه يتعذر على الإنسان وهو يوجه الأسئلة إلى المختبَرين أن يكون صوته على منوال واحد من حيث حدة الصوت .

٤ ــ القياس عن طريق الأجهزة السمعية وهى نوعان :

(أ) 6 – A Audiometer .

(ب) 4 – A Audiometer ويطلق عليه أحيانا (Speech Audiometer)

الجهاز الأول :

هذا جهاز فردى يستعمل لقياس القدرة السمعية لدى الأطفال والكبار ، ونستطيع أن نحصل بوساطة هذا الجهاز على رسم بيانى لكل أذن على حدة ثم نقارنه بالمستوى المتفق عليه للفرد العادى .

وطريقة استعمال هذا الجهاز تكون على الشكل التالى :

نضبط القرص الخاص بالذبذبات Frequency على نقطة معينة ولتكن نقطة البداية ١٠٢٤ ذبذبة فى الثانية ، ثم نحرك المفتاح الخاص بوحدات الصوت Decibles وهو موجود فى الجهة المقابلة للقرص الدال على الذبذبات ، من أسفل إلى أعلى(١) . وعند سماع المختبَر للصوت الحادث نطلب منه أن يرفع يده للدلالة على أنه يسمع ، ويحسن أن تجرى التجربة أكثر من مرة للدقة ، قبل تسجيل درجة النقص فى القدرة السمعية على البطاقة الخاصة بذلك .

ثم تعاد التجربة على الذبذبات الأخرى التالية : ٢٠٤٨ ، ٤٠٩٦ ، ١٨٩٢ وهى كلها ذبذبات من النوع المعروف باسم (High - Pitched sounds) وبعد ذلك تقاس الذبذبات (Low - Pitched) مرموزا لها بالأرقام : ٥١٢ ، ٢٥٦ ، ١٢٨(٢) .

---

(١) إن وحدات الصوت مقسمة من ١٠ إلى ١٠٠

(٢) إن درجة الصوت (Pitch) تتوقف على عدد الاهتزازات فى الثانية ؛ فإذا زادت الاهتزازات أو الذبذبات على عدد خاص ازداد الصوت حدة ؛ وبذا تختلف درجته . وعدد الاهتزازات فى الثانية يسمى فى الاصطلاح الصوتى التردد (Frequency) فالصوت العميق عدد اهتزازاته فى الثانية أقل من الصوت الحاد .

ويوجد فى كلية التربية (مركز عيوب الكلام) جهاز سمعى فردى يسجل ثمانى نغمات توزع على النحو التالى :

١٢٨ ، ٢٥٦ ، ٥١٢ ، ١٠٢٤ ، ٢٠٤٨ ، ٤٠٩٦ ، ٨١٩٢ ، ٩٧٤٧

مدى النقص فى الحدة السمعية :

يمكن تقسيم النقص السمعى (Hearing Losses) إلى الفئات التالية :

(أ) نقص سمعى من النوع البسيط Slight وهو عشرون وحدة صوتية Decibles أقل من العادة .

(ب) نقص سمعى من النوع المتوسط (Moderate) وهو يتألف من ٤٠ وحدة صوتية أقل من العادية .

(جـ) نقص سمعى من النوع الشديد (Severe) وهو يتألف من ٦٠ وحدة صوتية أقل من العادية .

إن أفراد الفئة الأولى يمكن تركهم فى الفصول العادية ليواصلوا تعليمهم بين الأطفال العاديين ، على أن تكون مقاعدهم فى الصفوف الأمامية . أما أفراد الفئة الثانية فيجب أن تقدم لهم الأجهزة التى تساعد على السمع (Hearing Aids) على أن يبقوا أيضا فى الفصول العادية . وفيما عدا ذلك يجب عزل الذين تزيد حدتهم السمعية عن ٤٠ وحدة فى فصول خاصة وهم أفراد الفئة الثالثة .

الجهاز الثانى :

يستعمل هذا الجهاز بطريقة جمعية ، إذ يمكن اختبار عدد من الأطفال فى وقت واحد بواسطته . والجهاز يتألف من حاكٍ عليه أسطوانة مسجلة تردد مجموعة من الأصوات على درجات مختلفة من الارتفاع والانخفاض ، وهذه الأصوات تتألف من أرقام غير متوالية . ويصل بالحاكى جهاز إرسال تليفونى يوضع على أذن المفحوص ، ويطلب من المفحوص أن يكتب الأرقام التى يسمعها ، ثم نقارن مايكتبه بالتسجيل الصوتى . وعلى هذا النحو تمكن معرفة القدرة السمعية للمفحوص بشكل تقريبى .

دراسة إحصائية لعيوب السمع فى البيئة المصرية :

قمت ، بالاشتراك مع الإدارة العامة للصحة المدرسية ، بإجراء دراسة إحصائية للوقوف على ضعاف السمع بين تلاميذ وتلميذات المرحلة الأولى فى منطقتى القاهرة الشمالية والجنوبية ، وفيما يلى جدول يبين عدد ضعاف السمع من تلاميذ المرحلة الأولى فى هاتين المنطقتين من بنين وبنات :

المنطقة	عدد التلاميذ		ضعاف السمع		المجموع
	بنين	بنات	بنين	بنات	
منطقة القاهرة الشمالية	٢٨٩١٨	٢٤٧٥١	٢٤٤	٦٨	٣١٢
منطقة القاهرة الجنوبية	٢٠٠١٩	١٩٢٢٧	١٢١	٩٩	٢٢٠
المجموع	٤٨٩٣٧	٤٣٩٧٨	٣٦٥	١٦٧	٥٣٢

النسبة المئوية = ٥٧,٪

أى أنه يوجد بين كل ١٠٠٠ طفل نحو ٦ أطفال مصابون بنقص فى القدرة السمعية ، ويحتاجون إلى مساعدة خاصة . ونحب أن نبين أن طريقة الكشف عن هؤلاء المصابين بنقص فى القدرة السمعية لم تستخدم فيها أجهزة السمع السابقة الإشارة إليها ، وإنما كان ذلك بطريقة من الطرق التقديرية السابقة .

أسباب ضعف السمع :

هناك عدة أسباب ينشأ عنها ضعف القدرة السمعية ، وهذه الأسباب تختلف باختلاف مكان الإصابة فى الجهاز السمعى نفسه ، فمنها ما يتصل بالأذن الخارجية ، ومنها ما يتصل بالأذن الوسطى ، ومنها ما يتصل بالأذن الداخلية . وسنوضح فيما يلى أسباب الإصابة فى كل جزء على حدة . وطريقة تحديد موضع الإصابة ، بالنظر إلى الرسم البيانى للحدة السمعية (Audiogram)

١ ـــ أسباب تتصل بالأذن الخارجية :

يحدث فى بعض الحالات أن تفرز الغدد مادة شمعية ، فإذا كثرت هذه المادة أدت إلى سد القناة السمعية ويترتب على ذلك أن يصبح السمع ثقيلا ، ومن ثم كان من الواجب تنبيه الأفراد والمشرفين على تربية النشء إلى ضرورة العمل على إزالة هذه المادة .

٢ ـــ أسباب تتصل بالأذن الوسطى :

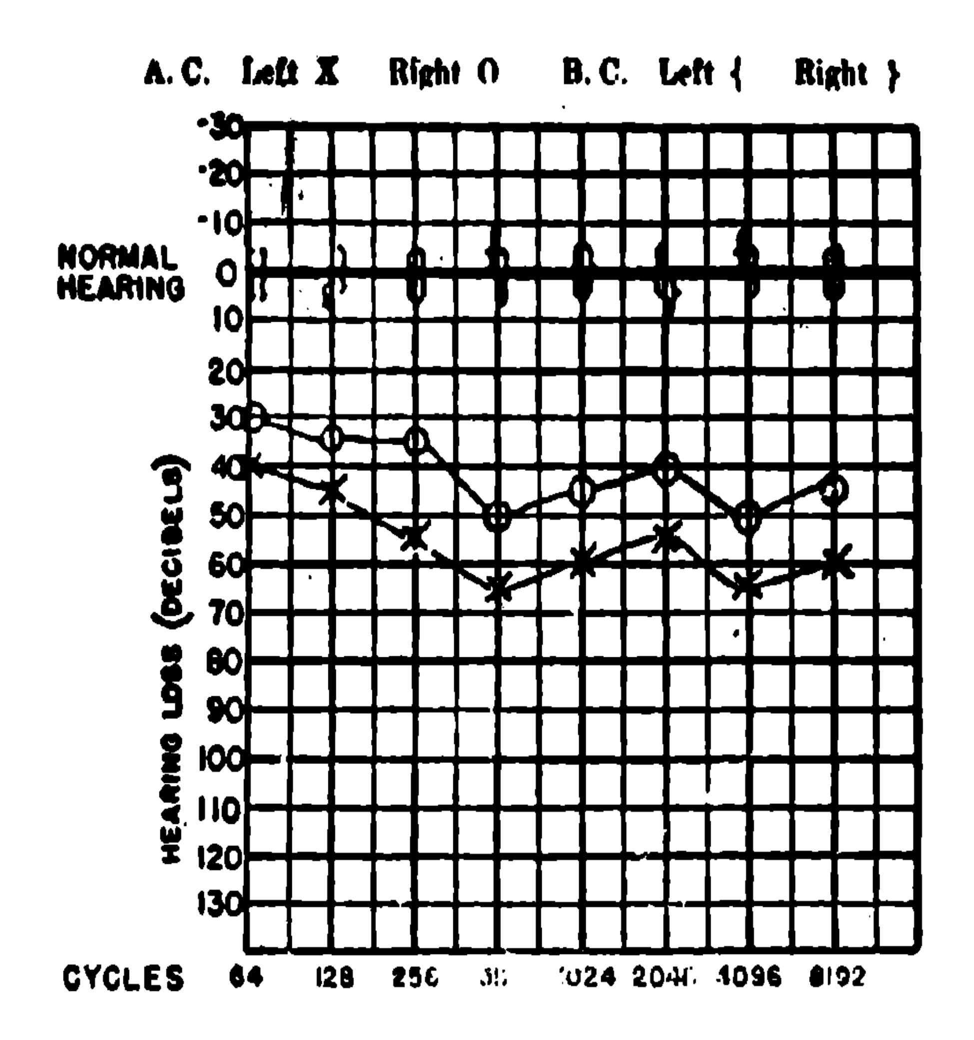
يحدث فى بعض الحالات أن تسد قناة استاكيوس عند إصابة الفرد بالبرد الشديد أو الزكام ، وينتج عن ذلك أن يكون الضغط الخارجى على طبلة الأذن شديدا ، وهنا لا تهتز الطبلة عند وصول الصوت إليها ، ومن ثم لا تستطيع أن تؤدى وظيفتها .

ويمكن اعتبار ما أوردناه من أسباب فى الحالتين السابقتين من الأسباب الطارئة التى تؤدى إلى ثقل السمع ، إلا أنه بجانب ذلك توجد أسباب ثابتة ذات أساس عضوى ، وتؤدى إلى نقص القدرة السمعية .

ونحب أن نشير إلى أن الإصابة بالأذن الخارجية أو الوسطى يمكن الاستدلال عليها عن طريق فحص الرسم البيانى للقدرة السمعية الذى يكون عادة على شكل انخفاض يليه ارتفاع متدرج ، ويتكرر هذا الوضع فى الخط البيانى ويعبر عن هذا اصطلاحا بالعبارة (A Conduction Loss in Hearing) وسنوضح ذلك بالرسم البيانى التالى[١] :

---

(١) Speech Problems of Children (W. Johnson) 1950, p. 247.



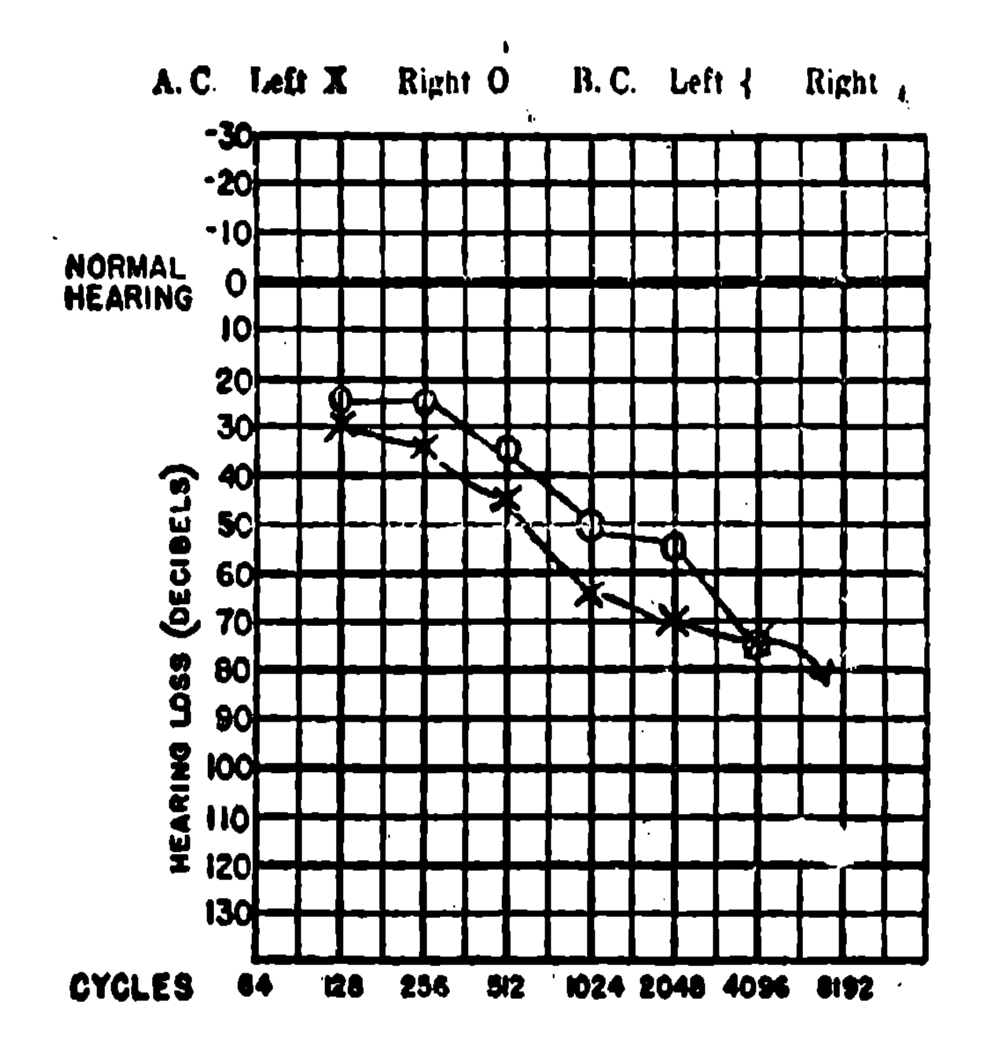
(شكل ٨)

٣ ــ أسباب تتصل بإصابة الأذن الداخلية :

يحدث فى بعض الأحيان أن تصاب الأذن الداخلية وخاصة عصب السمع بأمراض تتلفها أو تعطلها عن العمل . وفى أمثال هذه الحالات نلاحظ انخفاضاً كبيراً واضحاً فى الخط البيانى بالذبذبات الحادة التى يعبر عنها (High Pitched Sounds) ويظهر ذلك جلياً من الرسم البيانى التالى[١] :

---

(١) نفس المراجع ــ ص ٢٤٩



(شكل ٩)

كيف تكون العناية بضعاف السمع :

إن من أبرز النتائج التى تترتب على ضعف السمع، وخاصة فى المراحل الأولى ، أن نطق الطفل لا يتطور تطوراً عادياً ، ذلك لأن العملية الكلامية هى عملية مكتسبة تعتمد اعتماداً كبيراً على التقليد والمحاكاة الصوتية . ومعنى ذلك أن أى خلل يصيب الجهاز السمعى يترتب عليه التواء فى طريقة النطق ، ولهذا يحتاج مثل هؤلاء الأطفال إلى تمرينات خاصة لعلاج الناحية الكلامية ، كما أنهم يحتاجون زيادة على ذلك إلى تمرينات لتقوية السمع نفسه تكون على النحو التالى :

(أ) تعويد المصاب التمييز بين الأصوات المختلفة ؛ كأبواق السيارات ، ونباح الكلاب ، وصوت الأجراس .. إلخ .

(ب) تمرينات يقصد بها تعويد المصاب على ملاحظة الأصوات الدقيقة؛ كالهمس، والصفير بصوت منخفض .

(جـ) تمرينات تتكون من أصوات كلامية تنطق بشكل واضح على مسافة يتمكن معها المصاب من التمييز بين كل منها، وملاحظة أعضاء الكلام الظاهرة . وقد جرت العادة على البدء بالحروف المتحركة ثم الساكنة، على أن يكون كل حرف منها على حدة ثم يتدرج إلى مقاطع مكونة من حرف ساكن وآخر متحرك .

(د) تمرينات يقصد بها الانتباه السمعي لدى المصاب، ويكون ذلك عن طريق التسجيلات الصوتية التى يتاح له بواسطتها أن يسمع صوته ويقارنه بصوت آخر ، وتراعى فى هذه المقارنة أخطاؤه فى النطق، ويستحسن أن تسير التمرينات السمعية جنباً إلى جنب مع التمرينات الكلامية التى لا تختلف فى طبيعتها عن التمرينات التى تستعمل فى علاج العيوب الكلامية المختلفة .

هذا وأحب أن أشير إلى أن قراءة الشفاه (Lip Reading) له أهمية عظمى فى علاج هؤلاء المصابين . وهناك بعض القواعد التى تجب مراعاتها عند تعليم الطفل بطريق قراءة الشفاه، منها :

١ ــ أن نعرض على الطفل الأشياء التى نريد أن نعلمه إياها بهذه الطريقة، أو بعبارة أخرى : نربط بين منطوق الكلمة ومدلولها .

٢ ــ تجب مراعاة مستوى الطفل ومرحلته فى النمو ، أى أنه يحسن بنا أن نبدأ بالأمور التى تتصل اتصالا مباشراً بحياته وحاجاته الأساسية .

٣ ــ لتكن المسافة التى تفصلك عن الطفل وأنت تحاول تعليمه كيف يقرأ بشفتيك لا تزيد عن خمسة أقدام ولا تقل عن قدمين، لأنه فى حالة اقترابك منه يتعذر عليه تركيز انتباهه على أعصاب وجهك .

٤ ــ ليكن كلامك واضحاً وبنغمة طبيعية .

٥ ــ ليس من الضرورى أن يعيد الطفل الكلمات التى تتفوه بها بل يكتفى بأن يقلد الحركات التى قمت بها دون إخراج أى صوت .

٦ — هنالك بعض الحروف الساكنة تكون ذات صورة متشابهة على الشفاه ؛ كحرفى الميم والباء ، أو التاء والدال ، أو الجيم والكاف . ومن الممكن فى هذه الحالات مساعدة الطفل أثناء التعليم بطريق قراءة الشفاه ، على التفرقة بين الحروف المتشابهة فى طريقة إخراجها ، باستعمال الكلمات المختلفة فى جملة وفى كلمات مفردة .

٧ — إن استعمال المرآة يساعد على ملاحظة حركات الشفاه فى أوضاعها المختلفة .

منهج تعليمى للطفل الأصم

وفقا لقراءة الشفاه

توجيهات عامة :

إن أساس تعليم الطفل الأصم يقوم على قواعد سيكلوجية تربوية معينة من أهمها ما يلى :

١ — العملية التعليمية خبرات متصلة :

العملية التعليمية لا يمكن النظر إليها على أنها تتكون من مواد منفصلة ، بل هى مجموعة من الخبرات المتصلة . وأهم هذه الخبرات تعليم الطفل الأصم قراءة الشفاه ، ليعرف الأشكال الصوتية للحروف الهجائية . ثم يعرف أيضاً رسوم الحروف الهجائية (الشكل) ، ومن هنا نبدأ عملية تعليمية أخرى ، هى عملية الكتابة .

٢ — ربط الكلمات بالمدلولات عن طريق الحواس :

هذا .. ولا بد أن نربط أشكال الكلمات الصوتية بالحروف المكتوبة — سواء أكانت جزئية متمثلة فى الحروف الهجائية المنفصلة ، أو كلية متمثلة فى كلمات وعبارات — نربط هذه الأشكال بمدلولاتها .. وتمثل هذه المرحلة

مرحلة هامة فى الحياة التعليمية للعقل الأصم ، ولهذا فعملية الربط بالمدلولات يجب أن تقوم أولا : على الإدراك الحسى البصرى ، وعن طريق الإدراك اللمسى .. وهذه حاسة لا بد أن نعتمد عليها فى تعليم الطفل الأصم حتى يكسب خبرات أخرى .

فمثلا : نستطيع استخدام أنامل الطفل الأصم فى الرسم والتلوين والتشكيل ، فيعمل نماذج من الصلصال ، أو يقوم بكتابة الحروف والكلمات على اللوحات .

وبمثل هذا نساعد الطفل على استخدام وتنمية حواسه الأخرى .

٣ ـ التنويع فى عملية التعليم :

ويمكن أن يشمل درس واحد جوانب مختلفة من الخبرات السابقة ، ليحدث التنويع فى عملية التعليم . ولا ننسى أن هذا التنوع مفيد للغاية فى حالة الأطفال المعوقين لأنه يزيل عن أنفسهم الملل ، كما أنه مفيد جداً للمعلم ، حيث يستطيع عن طريقه أن يعطى للطفل خبرات متكاملة .

٤ ـ النشاط .. وتثبيت الخبرات :

إن استخدام النشاط فى عملية التعليم يلعب دوراً هاماً فى تثبيت الخبرات التى يتعلمها الطفل الأصم ، ويتضمن هذا الجانب ما يلى :

(أ) استعمال المرآة فى عملية تعليم الكلام ، ويحسن أن يجهز كل فصل ببعض المرايا الكبيرة الطولية التى تعلق على الحائط ، وكذلك يجب أن يزود كل تلميذ بمرآة مستديرة ثابتة توضح أمامه ليرى فيها نفسه .

(ب) المناقشة الحرة حول الكلمات المتعلمة ، ويشمل ذلك الأسئلة والأجوبة حول هذه الكلمات ، وتنفيذ الأوامر المختلفة التى تطلب من التلميذ .

(جـ) والجانب الثالث من النشاط يشمل التدريبات الكتابية والتى تكون على شكل وضع كلمات فى فراغات أو تكملة حروف ناقصة فى كلمات .

٥ — المرونة .. فى المنهج والطريقة :

وفى ضوء ذلك يستطيع كل معلم أن يضع خطة يسير عليها ، أو منهجا يتصف بالمرونة ، حيث يمكن للمعلم أن يعدله حسب إمكانيات كل طفل .

* * *

ويتم هذا على أساس الالتزام بمبادئ أساسية معينة — هى فى عملية التعلم — تكون كما يلى : —

(أ) الاستعانة بالإدراك الحسى البصرى ، والحسى اللمسى .

(ب) البدء بالكل ، ثم تحليل هذا الكل إلى أجزائه المختلفة ، ثم العودة إلى الكل مرة أخرى (ويتضح ذلك جليا فى التدريبات المختلفة) .

(جـ) التدرج فى اختيار الكلمات والحروف . فيجب أن نبدأ بالحروف والكلمات البسيطة ذات المقطع الواحد ، وننتقل منها إلى كلمات أكثر تعقيداً .

الدرس الأول : (كلمة بابا)

— نبدأ بكلمة ذات مقطع متكرر مثل كلمة (**بابا**) .

— يكتب المعلم كلمة (بابا) على السبورة وفوقها رسم أو صورة لـ (بابا) .

— يوضح المعلم للتلاميذ أن هذه الكلمة تدل على الصورة .

— المعلم ينطق بالمقطع الأول من الكلمة وهو (با) موضحاً تلاصق الشفتين ثم الانفجار بالصوت (با) فاتحا الشفتين ليرى التلميذ الأصم وضع اللسان الأفقى فى الفتحة الفمية بسبب المد بالألف .

— المعلم يكرر الوضع السابق (با) عدة مرات ثم ينطق بالمقطعين معاً (بابا) .

— المعلم يكرر نطق المقطعين (بابا) بحيث تكون الفترة الزمنية بينهما قصيرة جداً .

— يتأكد المعلم من أن كل تلميذ يستطيع أن ينطق الكلمة ككل .

ــ يشير المعلم إلى الصورة مع النطق للكلمة ويكرر هذا الوضع عدة مرات حتى يفهم التلاميذ الكلمة ومدلولها . وقد يستطيع المعلم جمع صور لآباء تلاميذه والاستعانة بها لتوضيح أن كل تلميذ له (بابا) .

ــ تدريب التلاميذ على كتابة الكلمة على السبورة مع تشجيع كل من ينطق بها أثناء الكتابة .

ــ يطلب المعلم من التلاميذ تسجيل الكلمة الجديدة فى كراساتهم .

الدرس الثانى : (كلمة باب)

ــ يكتب المعلم كلمة (باب) مع الإشارة إلى باب الحجرة . ويستحسن كتابة بطاقة بكلمة (باب) يعرضها على التلاميذ ثم يشير إلى باب الحجرة ويذهب إليه ويلصقها عليه .

ــ ينطق المعلم بكلمة (باب) وبدايتها تلاصق الشفتين ثم فتحهما وإخراج الهواء بانفجار ــ مع إظهار اللسان فى وضع أفقى بداخل التجويف الفمى ــ ثم عود إلى التلاصق والسكون .

ــ يكرر المعلم نطق كلمة (باب) بالطريقة السابقة عدة مرات .

يشجع المعلم تلاميذه على محاكاته فى نطق الكلمة مع استخدام المرآة للتأكد من الوضع الأفقى لألسنتهم داخل التجويف الفمى عند نطق المقطع الأول من الكلمة .

ــ يكتب المعلم كلمة (بابّ) على السبورة ويطلب من التلاميذ محاكاته فى كتابتها على السبورة .

ــ يطلب المعلم من التلاميذ محاولة تسجيل الكلمة فى كراساتهم .

ــ الأسئلة :

باب .. فين ؟ باب .. اقفل . باب .. افتح[1] .

(١) المقصود بهذه الخطوة ربط عملية التعلم بالحركة والنشاط .

الدرس الثالث : (كلمة بُن)

ــ يكتب المعلم كلمة (بُن) ثم يتساءل .. ما هو البن ؟ ويجيب فى نفس الوقت بعرض قليل من البن على التلاميذ وجعلهم يلمسونه ويشمونه ويذوقونه .

ــ يكتب المعلم كلمة (بن) ثم يكتب (بـ) وحدها و(ن) وحدها .

ــ يوضح المعلم طريقة الانفجار بعد تلاصق الشفتين لإخراج حرف (بَـ) بالفتحة ثم يكرر النطق مع بروز الشفتين إلى الأمام لإخراج حرف (بُـ) بالضمة .

ــ يوضح المعلم وضع طرف اللسان مع منبت الأسنان العليا لإخراج حرف (ن) مع التأكد من مرور الهواء عن طريق الأنف مستعينا بوضع الأصبع على فتحة الأنف اليسرى . ويكرر النطق ثم ينطق الكلمة ككل (بُن) .

ــ يشجع المعلم تلاميذه لمحاكاته فى نطق الكلمة مع النظر إلى المرآة لمشاهدة بروز الشفتين فى الـ (بُـ) ووضع الأصبع على فتحة الأنف اليسرى للإحساس (بالنون) .

ــ يشجع المعلم تلاميذه على كتابة الكلمة على السبورة .

ــ يطلب المعلم من تلاميذه تسجيل الكلمة الجديدة فى كراساتهم أو تشكيلها بما أمامهم من خامات صالحة .

ــ يتبع ذلك أسئلة وتدريبات مثل :

بُن .. أنت تحبه ؟ بُن .. عند مين ؟

الدرس الرابع : كلمة (دب)

ـــ يكتب المعلم كلمة (دب) على السبورة مع عرض صورة له حتى يفهم الأطفال العلاقة بين الكلمة والصورة .

ـــ يُشير المعلم إلى الحرف (دُ) ويوضح تلاصق طرف اللسان مع منبت الأسنان العليا ، والانفجار الذى يحدث والشفتان فى بروز ، مع التكرار .

ـــ يكرز المعلم الوضع السابق لإخراج صوت (دُ) على أن يعقب انفجار الـ (دُ) تلاصق الشفتين مع انفجار آخر تتضح معالمه حين تنفرج الشفتان قليلا . ويمكن وضع راحة اليد أمام الفم للشعور بالانفجارين المتعاقبين .

ـــ يشجع المعلم تلاميذه لمحاكاته فى إخراج الانفجارين والنطق بالكلمة ككل (دُب) مع استخدام المرآة للتأكد من وضع طرف اللسان مع منبت الأسنان العليا لإخراج الدال .

ـــ يشجع المعلم التلاميذ على تقليده بكتابة الكلمة على السبورة مع محاولة النطق بها أثناء الكتابة .

ـــ يطلب المعلم من التلاميذ تسجيل الكلمـة (دُب) فى كراساتهم أو تشكيلها بأى خامة .

ـــ ثم أسئلة وتدريبات .

دب .. انت شفته ؟ دب .. يحب الميه ؟

الدرس الخامس : كلمة (بلد)

(١) كتابة على السبورة مع عرض مدلول الكلمة :

يعرض المعلم صورة للقاهرة وأخرى للإسكندرية وأخرى للأقصر أو أسوان ثم يشير إلى كل وينطق كلمة (بلد) ثم يكتب كلمة (بلد) على السبورة .

(٢) تحليل الكلمة :

يستخدم المعلم الطباشير الملون فى إظهار تركيب الكلمة ب ل د .

(٣) إخراج الحرف الأول :

يوضح المعلم تلاصق الشفتين والانفجار الذى يعقب التلاصق لإخراج حرف الباء . ويطلب من التلاميذ محاكاته فى ذلك .

(٤) إخراج الحرف الثانى :

يوضح المعلم وضع اللسان مع منبت الأسنان من أعلى ثم انتشار الهواء من الجانبين حتى يخرج حرف اللام . ويطلب من التلاميذ تقليده مع استخدام المرآة للتأكد من وضع اللسان .

(٥) نطق الكلمة ككل :

يشير المعلم إلى كلمة (بلد) ثم ينطق بها ككل مع ملاحظة عدم وجود فترات زمنية بين المقاطع مما يشوب الكلام ويعيبه .

(٦) كتابة الكلمة على السبورة :

يشجع المعلم التلاميذ على محاكاته وكتابة الكلمة على السبورة مع محاولة النطق بما يكتب دائما .

(٧) كتابة الكلمة فى الكراسات :

يطلب المعلم من التلاميذ تسجيل الكلمة الجديدة فى كراساتهم .

الدرس السادس : كلمة (دادا)

الدال فى كلمة من مقطع واحد مكرر .

الدرس السابع : كلمة (ماما)

تستعمل فى هذه الكلمة ، نفس الخطوات التى استعملت فى الدرس الأول . ويجب على المعلم أن يوضح الفرق بين (بابا ، ماما) عن طريق الإحساس .

الدرس الثامن : كلمة (بيت)

- تكتب الكلمة على السبورة ككل .
- تحلل الكلمة إلى (بـ ، يـ ، ت) .
- تنطق مجزأة ثم تجمع .
- أسئلة وتدريبات ..

الدرس التاسع : كلمة (بنت)

تتبع نفس الطريقة السابقة ..

الدرس العاشر : كلمة (منديل)

- تكتب الكلمة على السبورة ككل .
- تجزأ الكلمة وتحلل إلى عناصرها (مـ ــ نـ ــ د ــ يـ ــ ل) .
- يدرب الطفل على نطق كل حرف من الحروف السابقة منفصلة ثم تنطق الحروف وينطق بها الطفل ككل .
- يطلب من التلاميذ نطق كلمة مجزأة ثم نطقها دفعة واحدة .
- ثم مرحلة الكتاب وربط الكلمة بالمدلول والأسئلة :

الدرس الحادى عشر : كلمة (ملح)

تتبع نفس الخطوات مع إبراز الشكل الصوتى لحرف (الحاء) ، ويمكن الاستعانة فى إخراج الحرف (ح) بوضع أصابع اليد اليسرى مجتمعة على مدخل الفم ليحس الطفل بضغط الهواء الخارج من الجزء الخلفى من الفم .

الدرس الثانى عشر : كلمة (حمامة)

يعاد نطق حرف (الحاء) ويطلب من التلاميذ نطقها على انفراد ، لصعوبة الحرف ، وبعد ذلك ينطق هذا الحرف مع بقية الكلمة ، بمعنى أن يكون التجريد فى الحرف الأول فقط يليه نطق الكلمة ككل ، مع ضرورة ربط الصوت الحادث بمدلول الكلمة إما عن طريق النموذج أو الرسم . ويمكن فى مثل هذه الدروس الاستعانة بالصلصال فى عمل نماذج حسية .

وتتوالى الدروس بعد ذلك بكلمات مختارة مثل :

دم . فم . فل . فلفل . وتدريبات على حرف السين مثل :

— سالم — سلة — سلم — سلسلة — لسان — أسنان — فستان — سلوى ثم (حرف اللام) لب — لبن — ملبن — ولد .

تعقيب

إلى هنا يكون الطفل قد تعلم نطق مجموعة الحروف الآتية :

ب — ت — ل — م — ن — س — و — ح — د

كما يكون قد تعلم مجموعة الكلمات :

بابا — باب — دم — بلد — بن — بيت — ماما — داد — بنت — ملح — منديل — حمامة — فم — فيل — فول — فلفل — فل — بلبل — سالم — سلة — لسان — بستان — فستان — ولد — لبن — لب — ملبن .

وفى هذه المرحلة من تعليم الطفل الأصم ، وبعد أن يكون قد قطع فترة زمنية استطاع خلالها أن يتعرف على نطق بعض الحروف ، وأن يتعرف على دلالات بعض الكلمات نستطيع أن ننوع فى طريقة تدريسنا ، بحيث يتحقق عن هذا التنوع ، إكساب الطفل خبرات جديدة ، خبرات فى الكتابة والتربية الفنية واللغة والحساب بالإضافة إلى إعادة تدريبه على نطق الأصوات .

والملاحظ أن مجموعه الكلمات السابقة تضمنت أصوات الحروف الشفوية والسنية والأنفية ، ويمكن للمعلم أن يقضى فى هذه التدريبات فترة تصل أو تزيد عن ثلاثة شهور ، مراعيا الخطوات التى اتبعناها فى الدروس السابقة والتى نستطيع أن نلخصها فيما يلى :

(أ) النطق الكلى للكلمة .

(ب) تحليل الكلمة إلى أصوات منفصلة . والربط بين هذه الأصوات ليحدث الشكل الكلى الصوتى للكلمة .

(جـ) يتبع ذلك عمليات الأساس فيها تدريب الطفل الأصم على ربط الصوت بمدلولاته الجزئية والكلية ، ويعنى ذلك ربط صوت الحرف المجزأ بشكله ورسمه . ثم ربط الصوت الكلى للكلمة التى تتضمن مجموعة صغيرة من الحروف بمدلولها . ويتم كل ذلك عن طريق الإدراك الحسى البصرى ، ويا حبذا ، لو قضى المعلم بعض الوقت فى استخدام الإدراك الحسى اللمسى ، حيث يرسم الأطفال الكلمة ويشكلون حروفها بوسيلة مناسبة مثل : البلاستسين — الرمل — السلك — الخيط . ويطلب منهم أن يمروا بأناملهم على هذه الأشكال .

(د) المناقشة الحرة حول الكلمات المتعلمة ويشمل ذلك : الأسئلة والأجوبة وتنفيذ الأوامر .

(هـ) وأخيراً تأتى مرحلة التدريبات الكتابية مثل : تكملة حروف ناقصة فى كلمات ، أو كلمات ناقصة فى جمل وهكذا .

الدرس الثالث عشر : (حرف الكاف)

كلب — كامل — كلام — كتاب .

وهذه المجموعة من الكلمات تبدأ بحرف الكاف ، وهو كما سبق أن أوضحنا ، يكون نتيجة احتباس الجزء الأوسط من اللسان مع الجزء الصلب من الفم .

طريقة السير فى الدرس :

١ ــ تكتب الكلمة على السبورة على أن يكون حرف الكاف يختلف عن باقى الحروف .

٢ ــ يبدأ المعلم بنطق حرف الكاف بالطريقة البطيئة موضحاً موضع اللسان من سقف الحلق أمام التلاميذ ... فيظهر الوضع جلياً .

٣ ــ يطلب من التلاميذ أن يقلدوا الوضع دون نطقه ، ويا حبذا لو كان أمام كل تلميذ مرآة .

٤ ــ تبدأ عملية التدريب على إخراج الصوت ، ولا مانع إطلاقا أن يقوم التلاميذ فرادى بعملية التدريب ، كما نشاهد عندما تعد فرقة من الموسيقيين للعزف .

٥ ــ ويصبح كخطوة تالية أن يقف المدرس والتلميذ أمام المرآة المعلقة على حائط الفصل ويقومان بالتدريب سويا .

٦ ــ يلى ذلك نطق الحرف مع بقية الحروف .

٧ ــ يأتى بعد ذلك ربط الصوت الكلى للكلمة مع مدلولها .

٨ ــ مرحلة الكتابة ورسم الأشكال ..

يلى هذا مناقشة يتسنى للمعلم فيها إدخال كلمة جديدة مثل (كامل) .
كلب .. فين ؟ فيقول الطفل : بيت .
كلب .. فين ؟ فيرد المعلم مستخدماً طريقة قراءة الشفاه : كلب كامل .

ويستخدم لهذا صورة توضيحية لكلب يسير بجوار تلميذ « كلب كامل » مشيراً إلى صورة الكلب ويقول « كلب » وإلى صورة الولد ويقول « كامل » .

الدرس الرابع عشر

كتاب — مكتب .

يبدأ المعلم بكلمة كتاب ، مقسما الكلمة إلى مقطعين (ك — تاب) وتتبع الخطوات السابقة ثم ننتقل إلى كلمة « مكتب » وهذه الكلمة لا تبدأ بالحرف الحلقى (كاف) بل تبدأ بالحرف الشفوى الأنفى (مـ) ثم تقسم إلى الأجزاء التالية (م . ك . ت . ب) ويحسن كتابة كل مقطع بلون مغاير وتتبع نفس الخطوات السابقة يلى ذلك مرحلة الأسئلة .

كتاب مين ؟ .. كامل   كتاب فين ؟ .. مكتب .

مكتب فين ؟ .. بيت .

تدريبات على الكتابة مثل : أكمل الحروف الناقصة .

تاب   ،   مـ .. تب   ،   .. مل .

* * *

لقد عرضنا هذه الدروس كنماذج لما يمكن للمدرس النابه أن يقوم به أثناء عملية التدريس .

والآن ، وبعد أن شرحنا طريقة قراءة الشفاه كوسيلة من وسائل تعليم الطفل الأصم ، يحسن بنا أن ننتقل إلى بعض الطرق الأخرى التى تفيد إفادة كبيرة فى تعليم الطفل الأصم . ومن أهم هذه الطرق ما يلى :

— القراءة باليد Hand Analogy :

— استخدام الأجهزة المعينة Hearing Aids وسنتناول بالشرح كلا منها على حدة :

القراءة باليد[١]

إن الإحساسات الحركية ذات فائدة كبيرة فى تعليم الطفل الأصم إخراج الحروف ، ولهذا نجد أن علما جديداً يعرف باسم التمثيل باليد أى القراءة باليد يفيد المعلم فى الحالات التى يصعب عليه التعلم عن طريق قراءة الشفاه .

وتعتبر هذه الطريقة طريقة مساعدة لقراءة الشفاه .

إن أساس هذه الطريقة يقوم على أننا نبين للطفل وضع اللسان مثلا مع سقف الحلق ، وكيف يحدث الاحتكاك بين اللسان وسقف الحلق . وتجرى هذه العملية عن طريق التمثيل باليد . أى أننا نشرح بالتمثيل باليد ما يحدث فى حرف الكاف من انطباق بين أقصى اللسان والجزء الصلب من سقف الحلق ، ثم انفصال مفاجئ بينهما ينتج عنه اندفاع الهواء خارج الفم محدثا صوتا انفجاريا هو الكاف .

وأيضا بالتمثيل باليد يستطيع الطفل أن يقارن مثلا بين حرف الدال وحرف اللام حين نبين له وضع اللسان مع سقف الحلق بالنسبة لكل حرف من الحروف السابقة وبالأصبع التوضيحية نبين الفرق بين مقدار شدة الضغط العضلى فى حرف الدال وحرف اللام ، فيعرف الطفل أن حرف الدال يحتاج إلى ضغط عضلى شديد . أما اللام فلا حاجة له بهذا الضغط .

وعملية اللمس بالأصبع هذه تسمى اللمس الخاطف .

---

(١) Hand Analogy.

استخدام الأجهزة فى تعليم الطفل الأصم

تنقسم هذه الأجهزة المعينة إلى :

١ ــ مجموعة المعينات الفردية وتشمل :

(أ) جهاز السمع الفردى .

(ب) جهاز تعليمى فردى للكلام .

٢ ــ مجموعة المعينات الجمعية ويوجد منها :

(أ) جهاز جمعى سلكى (الجهاز التقليدى) .

(ب) جهاز جمعى لا سلكى (الجهاز الحديث) .

وتستخدم هذه الأجهزة على معاونة الطفل على تعلم الكلام مستعينين فى ذلك بالبقايا السمعية ، ذلك أن أى طفل أصم ، مهما كانت درجة إعاقته السمعية ، لديه بقايا سمعية وإن اختلفت الدرجة من أصم لآخر .

والسؤال الآن : كيف وأين ومن أين نبدأ تعليم الطفل الأصم ، وأمامنا هذه الوسائل المتنوعة السابق ذكرها ؟

إن أساس العملية التعليمية يجب أن تقوم على النحو التالى :

١ ــ توصيل الكلام إلى الطفل ؛ أى أن الطفل يسمع الآخرين .

٢ ــ الطفل يسمع نفسه ؛ أى يسمع ما يصدر عنه من أصوات .

ويتيسر كل ذلك عن طريق استخدام **الجهاز السمعى الجمعى** الذى يتكون من:

(أ) جهاز استقبال مع كل تلميذ .

(ب) مكروفون أمام كل تلميذ وآخر مع المعلم .

(جـ) جهاز مكبر « امبليفير » .

يوصل الجهاز السمعى الجمعى جميع التلاميذ بعضهم مع بعض حيث يسمعون فى وقت واحد ما يدور من حديث بينهم وبين المعلم .

* * *

ونستعرض الآن ما يحدث فى فصل من فصول التربية السمعية عند استخدام هذه الأجهزة المساعدة :

الدرس الأول : كلمة ماما

١ — يعرض المعلم صورة للأم ، وفى ميكروفه الخاص ينطق بكلمة (ماما) محاولا إبراز مخارج الحروف ، ويستطيع فى الوقت ذاته أن يربط الصورة مع المدلول الخاص باللفظ المنطوق .

٢ — وبتكرار المعلم نطق الكلمة وتكرار سماع التلاميذ لها — عن طريق الجهاز الجمعى يحسون بها ، وإن كان ذلك يتم بدرجات متفاوتة تتناسب مع بقايا السمع عند كل منهم .

٣ — يطلب المعلم من التلاميذ نطق وتقليد ما سمعوه من أصوات مع الاستعانة برؤية الشفاه ، ثم يكرر التلاميذ النطق .

٤ — يجب على المعلم أن يتأكد من صحة إخراج الحروف ويصحح النطق بطريقة فردية وهنا يتضح مبدأ تربوى هام وهو :

يجب أن يكون تعليم الكلام فى مواقف كلامية مختلفة ، حتى تثبت الكلمات ويتضح معناها عند الطفل الأصم .

وهذا يتطلب الخروج بالكلمة المفردة إلى استعمالات فى مواقف مختلفة .

٥ — : ماما شنطة ماما

ماما فستان ماما

إلى آخر هذه الاستعمالات

٦ — بعد هذا ، تأتى مرحلة الكتابة ، حتى تزداد الكلمات ثبوتاً وفهماً .

٧ — وعندما نصل إلى هذه المرحلة من التعليم ننتقل إلى مرحلة الاستماع والكلام والقراءة Listening - reading speaking method والتى يستعان فيها بجهاز تعليم الكلام الفردى (انظر الصورة) .







إن لهذا الجهاز قيمة تربوية كبيرة ، ذلك أن القراءة لها استثارة خاصة لدى الطفل الأصم .

ويمكن إجراء هذه الطريقة على النحو التالى :

(أ) يستعمل جهاز القراءة وهو جهاز يمكن نقله من مكان إلى مكان ويتكون من ميكروفون يد يستعمله الطفل ، فى حين يوجد ميكروفون يد آخر يستعمله المدرس ، ومستقبل — يوضع على أذن الطفل الأصم ومكبر .

(ب) لا يزيد درس القراءة عن ١٠ دقائق .

(جـ) عندما تتحدث المدرسة أو الطفل فى الميكروفون لا بد أن تكون بعيدة بمسافة فى حدود ٤ بوصات ، حتى يستطيع الطفل الأصم أن يسمع نفسه وأن يميز بين الكلمات المختلطة التى تتكون منها الجمل .

أما عن الكتب التى يقرأ منها التلميذ فيجب أن تتناسب مفرداتها مع ما تعلمه ، كما يجب أن تكون الموضوعات مستمدة من مواقف الحياة ملونة وخالية من أى تفاصيل معقدة .

ويجب أن يبدأ الدرس على النحو التالى :

١ — يقرأ المدرس كل جملة على حدة مشيراً بقلم رصاص إلى السطر المطبوع الذى يقرؤه ومشيراً كذلك إلى الكلمة التى يقرؤها مع إيضاح معناها ، وتكون الإشارة إلى الكلمات مع نطقها على التوالى .

٢ — يجب على المدرس أن يقرأ بصوت واضح قوى على أن تكون أشكال الحروف المنطوقة واضحة .

٣ — يجب أن يشجع الطفل الأصم على النظر إلى وجه المدرس وحركات الشفاه أثناء قراءته بصوت عال ، كما أنه يجب أن يشجع أيضا على النظر إلى الكلمة المكتوبة .

٤ — يجب أن يشجع الطفل بعد كل ذلك على تقليد طريقة قراءة الكلمة على أن يكون ذلك متمشياً مع حركات قلم المدرس مع الكلمات .

التعليم عن طريق القصة

بعد أن يصل الطفل إلى استيعاب عدد من الكلمات والجمل خلال المناقشات فى الفصل وخلال القراءة الفردية يمكن أن يكون موضوع الدراسة قصة من القصص :

ومما لا شك فيه أن الأطفال ابتداء من سن الخامسة حتى الثامنة يحبون الاستماع إلى القصص التى يمكن أن يصممها المدرس أو يقتبسها من كتاب . والمهم بعد اختيار القصة هو وضعها فى شكل تمثيلى . ولتنفيذ القصة يجب على المدرس أن يزود نفسه بكمية من الأدوات والأشياء التى تساعده فى عملية إخراج القصة . وهنا تبدو أهمية تزويد مدارس الصم بمجموعة هائلة من الأدوات مثل أدوات المطبخ ، نماذج للرجال الكبار فى السن والأطفال ، والجنود ، والطيور ، والحيوانات ، المعالق ، الشوك ، أوانى الزهور والمقصات ، الدوبار ، أثاث المنزل ، أدوات النقل ، العربات ، القوارب وأدوات الصيد .

وسنعرض فيما يلى نموذجا لقصة من القصص .

قصة ..

الذئب والعنزة وأولادها السبعة[1]

(الفصل الأول)

(المنظر) : حجرة الدراسة ـ التلاميذ ـ سبورة وبرية ـ ملف للبطاقات .

المدرس : ياأولاد هأقول لكم قصة عن العنزة .

(يعلق المعلم بطاقة العنزة على السبورة الوبرية ويطلب من بعض التلاميذ قراءتها) .

بعض التلاميذ : العنزة .

المدرس : دى إعنزة .. العنزة عندها سبع أطفال .

سلوى : سبع أطفال .. !!(تلميذة مندهشة)

المعلم يطلب من بعض التلاميذ العد حتى العدد ٧) .

حسن وعلى (تلاميذ) : واحد اثنين ثلاثة ... سبعة .

المدرس : أيوه سبعة .

(وهنا يعرض المدرس صورة للعنزة وأولادها السبعة) .

المدرس : دى اسمها إيه ؟

التلاميذ جميعاً : دى عنزة .

المدرس : أولاد العنزة كام ؟

التلاميذ جميعاً : سبعة

(ينتقل المعلم إلى باقى القصة) .

المدرس : العنزة وأولادها كانوا يعيشوا فى بيت صغير .

---

(١) Sir Alexander Ewing: (Teaching Deaf Children to Talk 1954).

(يعرض المعلم بطاقة بيت صغير ويطلب من تلميذة قراءتها) .

سلوى : بيت صغير .

المدرس : بيت جميل (ويعرض البطاقة بيت جميل) .

سلوى : بيت جميل .

المدرس : فى يوم راحت العنزة المزرعة (ثم يعرض بطاقة لماذا) .

التلاميذ : (يقولون) لماذا ؟

المدرس : عشان تجيب لبن .

(ثم يعلق بطاقة وأولادها فيقرؤها التلاميذ) .

التلاميذ : وأولادها ؟

المدرس : قعدوا فى البيت .

(ثم يشير المعلم لبطاقة لماذا ؟)

المدرس : عشان العنزة الكبيرة قالت لهم .. اقعدوا فى البيت وخلوا بالكم . (ويعرض بطاقة خلوا بالكم ويطلب من أحد التلاميذ قراءتها) .

زينب : خلوا بالكم .

المدرس : واوعوا تفتحوا الباب .

(ويشير المدرس إلى أحد التلاميذ ويوجه إليه الأمر افتح الباب اقفل الباب — ويقوم التلميذ بالحركة) .

المدرس يكمل القصة .

المدرس : إذا حد جه يخبط على الباب أوعوا تفتحوا الباب وانتظروا حتى أعود .

(ويعرض بطاقة وانتظروا حتى أعود ويطلب القراءة من تلميذة) .

تلميذة : انتظروا حتى أعود .

(المدرس يعرض بطاقة حاضر يا ماما) .

المدرس : (أطفال العنزة قالوا : حاضر يا ماما) .

(ويطلب من التلاميذ جميعاً قراءة البطاقة) .

التلاميذ جميعاً : حاضر يا ماما .

المدرس يكمل القصة .

المدرس : وبعدين العنزة الأم قفلت الباب .

(يعرض بطاقة قفلت الباب ويطلب من تلميذة سرعة قراءتها) .

تلميذة : قفلت الباب .

المدرس : وراحت المزرعة .

(يعرض بطاقة راحت المزرعة ويطلب من تلميذة سرعة القراءة أيضا) .

تلميذة : راحت المزرعة .

المدرس : وبعدين واحد جه وخبط على الباب .

(لا مانع من أن يقلد صوت الذئب ويخبط على باب الفصل فيجيب المدرس والتلاميذ) .

المدرس والتلاميذ : مين ؟

(انتهى الفصل الأول) .

تسير القصة حتى نهايتها بنفس الأسلوب السابق الزاخر بالنشاط والقراءة والتمثيل والتعرف على الكلمات والجواب المتوقع وتنفيذ التعليمات . بشرط أن يستحوذ المعلم على انتباه التلاميذ ويحرص على متابعتهم للدرس ولو أدى ذلك إلى اتخاذ أسلوب آخر . وما هذا إلا مثال يستطيع المعلم بهدى منه أن يؤلف ويبتكر .

(الفصل الثانى)

المدرس : وهنا دخل الذئب .

(يطلب المدرس من أحد التلاميذ أن يقلد ذئباً فى سيره ويترك حرية الانفعال للأطفال الآخرين) .

الأطفال : ذئب ذئب ذئب .

المدرس : نعم ، ده ذئب (ثم يعرض عليهم صورة ذئب) . وبطاقة (ذئب) ويقرأ ذئب ذئب .

المدرس : أطفال العنزة خافوا وحاول كل منهم الاختفاء من أمام الذئب .

(المعلم يسأل بعض التلاميذ واحداً بعد واحد) .

المدرس : أين تختبئ ؟ هل أنت تخاف ؟ تقدر يا سمير تختبئ خلف الكرسى .

(يعرض المعلم بطاقة خلف الكرسى) .

التلاميذ : خلف الكرسى .

المدرس : (يسأل) أين اختبأ سمير ؟

الأطفال : اختبأ سمير خلف الكرسى .

المدرس : (يسأل تلميذا آخر) : أين تختبئ ؟ اختف تحت الترابيزة .

(التلميذ ينفذ الأمر) .

المدرس : أين اختبأ حسن ؟

التلاميذ : اختبأ حسن تحت الترابيزة .

(يسجل المعلم إجابات التلاميذ على السبورة) .

تعقيب :

وبهذه الطريقة نجد أن المدرس ينطق بكلمات كثيرة ، ويكرر ، والتلاميذ يقلدونه ويكررون معه ، ثم يكوّن أسئلة والتلاميذ يجيبون عليها .

الجميع فى نشاط وحركة ، تحصيل ودراسة ، كلمات كثيرة وجمل (ذئب — عنزة — أطفال — ترابيزة — كرسى ... إلخ) وهنا يجب أن نشير ونؤكد ونلفت النظر إلى ضرورة ما اتبعناه فى خلق مواقف مليئة بالحركة والنشاط لتعليم الكلمات والجمل التى نسعى جاهدين إلى أن نزيد بها المحصول اللغوى للأطفال . والله نسأل أن يوفق المعلمين إلى مثل هذا .

توجيهات عامة

قبل أن نختم دليل المعلم هذا ، لا بد لنا من كلمة عن الشروط اللازمة التي يجب توفرها حتى يطبق هذا الدليل بنجاح .

ومعلوم أن هناك خاصية ينفرد بها مدرسو الصم . وهي أن عملهم يستلزم استخدام وسائل وطرق لم تطبق عليهم في يوم من أيام تلمذتهم .

ومن هذه الوسائل والطرق ــ التي يجب الاستعانة بها في تعليم الصم ــ نذكر الآتي :

١ ــ يجب على معلم الصم أن يتصف بخاصية الاستماع إلى الكلام بطريقة عادية .

٢ ــ يجب أن تتوفر لديه القدرة على خلق جو من الألفة والتجاوب بينه وبين الأطفال الصم .

٣ ــ يجب أن يقيم علاقات مع أطفاله على أساس من الفهم الواضح العميق للظروف التي يمر بها أطفاله . ويجب أن يقوم هذا الفهم على أساس من المعرفة العلمية[1] .

---

(١) تناول سير ألكسندر إيونج هذا الموضوع بتوسع في كتابه :

Teaching Deaf Children to Talk, 1964.

الفصل الثامن

الخمخمة والثأثأة والديسآرثا

تمهيـد :

تعتبر الخمخمة والثأثأة من بين العيوب الكلامية التى ترجع العلة فيها، فى كثير من الحالات، إلى أسباب عضوية، كالتلف أو التشوه، أو سوء التركيب فى عضو أو أكثر من أعضاء الجهاز الكلامى، يؤدى إلى خلل فى تأدية وظيفة هذا العضو ينشأ عنه اضطراب أو عيب فى النطق .

وعلاج هذه الحالات يحتاج إلى نصائح الطبيب وخدمات الجراح ، وتكون وظيفة الإخصائى الكلامى لاحقة للعلاج الطبى أو الجراحى .

وسأعرض فيما يلى لكل من العيبين على حدة، مبينا موضع الإصابة فى كل ، والأسباب العلاجية اللازمة لملافاة عيوب النطق المترتبة على الإصابة .

الخمخمة

الخمخمة أو ما يطلق عليه الإخصائيون (Rhinolalia) ، وما يُسميه العامة من الناس (الخنف)، عيب من عيوب النطق، يستهدف له الأطفال والصغار والبالغون الكبار على حد سواء .

ويتميز هذا العيب عن غيره من العيوب التى تتصل بالنطق، وكذلك عن الاضطرابات الكلامية المعروفة كاللجلجة مثلا، يتميز بمظاهر خاصة، يسهل حتى على غير الإخصائيين وعلى غير المشتغلين بأمراض النطق إدراكها بمجرد الاستماع إليها، سواء أكان ذلك عن طريق الملاحظة العارضة أم عن طريق الملاحظة المقصودة . ويصبح المصاب ـ والحالة هذه ـ هدفا للنقد والسخرية، فينشأ هيابا قلقا، قليل الثقة بنفسه، فيفضل الصمت والانزواء، ويهرب من المجتمع إلا إذا اضطرته ظروف الحياة والتعامل، فيقوم بذلك رغما عنه.

ويجد المصاب بالخمخمة صعوبة فى إحداث جميع الأصوات الكلامية المتحرك منها والساكن (فيما عدا حرفى الميم والنون)، فيخرجهما بطريقة مشوهة غير مألوفة فتبدو الحروف المتحركة مثلا كأن فيها غنة . أما الحروف

الساكنة فتأخذ أشكالا مختلفة متباينة من الشخير أو (الخنن) أو الإبدال .

وترجع العلة فى هذه الحالات إلى وجود فجوة فى سقف الحلق منذ ميلاد الطفل تكون فى بعض الأحايين شاملة للجزء الرخو والصلب من الحلق معا ، وقد تصل أحيانا إلى الشفاه ، أو تشمل أحيانا أخرى الجزء الرخو أو الصلب فحسب (انظر شكل ١٠) .

كيف تنشأ الإصابة :

ترجع الإصابة فى الحالات السابقة إلى عوامل ولادية ، إذ يتعرض الجنين فى الأشهر الأولى من حياته إلى عدم نضج الأنسجة (Tissues) التى يتكون منها نصف الحلق أو الشفاه ، فيترتب على ذلك عدم التئامها ، وهنا تحدث فجوة (Cleft) فى سقف الحلق أو يحدث انشقاق فى الشفاه وخاصة الشفة العليا ، وتبلغ نسبة الإصابة بهذه العلة نحو طفل واحد فى كل ألف طفل[١] وقد أولت الأمم المتمدينة عناية فائقة للذين يولدون بأمثال هذه العيوب الخِلقية فشرعت القوانين التى تقضى بضرورة إجراء عمليات جراحية يقوم بها مختصون فى فن جراحة الترقيع (Prosthesis) وهذه العمليات الجراحية تؤدى إلى التئام هذه الفجوات الخِلقية بحيث يصبح بعدها من المتيسر تدريب الطفل على أن يحسن الكلام .

وقد يحدث أن يشب الطفل دون أن تجرى له هذه العملية الجراحية الضرورية ويصبح من العسير إجراؤها بعد أن يكون قد اكتمل نموه ، وإذ ذاك يلجأ جراح الفم والأسنان إلى تصميم جهاز (obturator) يتألف من سدادة أو غطاء من (البلاستيك) تسد الفجوة فى سقف الحلق وتيسر على المريض إحداث الأصوات بالشكل الطبيعى ، لكن تركيب هذه السدادة لا يمكن صاحبها من إجادة نطق الأصوات ، وذلك لأنه يكون قد كوّن أثناء المرحلة التى تعلم فيها الكلام عادات لنطق الحروف بطريقة معينة ، ولهذا فإن الذين يستخدمون هذه السدادات لا يكونون فى غنى عن أن يتلقوا تدريبا كلاميا خاصا .

---

(١) Wendell Johnson: Speech Problems of Children (1953), p. 118.

العلاج :

يتبين من دراسة هذا الموضوع كما شخصناه أن الناحية العلاجية تنحصر فى الأدوار الآتية :

١ ـ الخطوة العلاجية الأولى ، يجب أن توجه إلى الناحية الجراحية لإزالة أى نقص أو سوء تركيب عضوى ، وتتفاوت العمليات الجراحية فى هذا الشأن من حيث درجة الخطورة ، ومبلغ الجهد الذى يجب أن يبذله الجراح ، فهناك حالات لا تتطلب إلا سدّ فجوة صغيرة فى سقف الحلق الصلب ، وهناك حالات أخرى تتطلب سد فجوة تشمل سد سقف الحلق الصلب والرخو على السواء .

٢ ـ أما فى حالة تعذر إجراء العملية الجراحية فيلجأ جراح الأسنان والفم إلى تركيب سدادة من البلاستيك لسد الفجوة بطريقة صناعية .

٣ ـ يحتاج المصاب بجانب ذلك إلى تمرينات خاصة لضبط عملية إخراج الهواء . ويمكن الاستعانة فى هذه الحالة بجهاز صغير يتكون من لوحة صغيرة من الورق المقوى (çardboard) تثبت فى وضع أفقى أسفل الشفة السفلى ، ويوضع فوقها قليل من ريش الطيور الخفيف ، وتوضع لوحة أخرى مماثلة بأسفل الأنف ، ثم يُطلب من الطفل النفخ ، فإذا ما تحرك الريش من فوق اللوحة العليا كان هذا دليلا على أن الهواء يخرج من أنفه ، أما إذا تحرك الريش من فوق اللوحة السفلى ، فإن هذا يكون دليلا على أن الهواء يخرج من فمه . ويجب أن يتعود المصاب على إخراج الهواء من أنفه ، لأنه هو المادة الخام التى تتكون منها الحروف المتحركة والساكنة عدا حرفى الميم والنون ، والعلة في هذه الحالات هى أن سقف الحلق الرخو مصاب بشكل لا يسمح له بتأدية وظيفته ، فيتسرب الهواء إلى الفجوة الأنفية فى الوقت الذى تقتضى طبيعة تكوين الحروف المتحركة وأكثر الحروف الساكنة مروره من فجوة الفم حيث يرتفع سقف الحلق الرخو إلى أعلى ليسد التجويف الأنفى ، أما فى حالة نطق حرفى الميم والنون فإن هذا العضو يسدل إلى أسفل حتى يصل مع اللهاة إلى الجزء الخلفى من اللسان ، وعلى هذا الوضع يخرج الصوت المحتبس بطريق التجويف الأنفى إلى الخارج بدلا من التجويف الفمى .

٤ — يضاف إلى ذلك أن المريض يحتاج إلى تمرينات أخرى خاصة بجذب الهواء إلى الداخل، على أن تكون الشفاه فى حالة استدارة. وتمرينات التثاؤب تؤدى نفس الغرض الذى تؤديه تمرينات جذب الهواء. فكلاهما يعمل على رفع سقف الحلق الرخو velum وخفضه، ويمكن فى الوقت ذاته تمرين الطفل على أن يحبس أنفاسه فترة يقوم فيها الملاحظ بالعد من واحد إلى اثنى عشر.

٥ — ويحتاج المصاب إلى تمرينات أخرى خاصة بالنفخ Blowing بوساطة أنابيب أسطوانية زجاجية خاصة، والغرض من هذه التمرينات تعويد المريض على استعمال فمه فى دفع الهواء إلى الخارج، لكى يقوى الجزء الرخو من حلقه وينبعث إلى العمل. على أنه يمكن أن تجرى هذه التمرينات على هيئة لعب، كإطفاء عيدان الثقاب المشتعلة، أو نفخ قطع صغيرة من الورق أو الريش أو القطن المندوف.

٦ — وهناك إلى جانب ذلك تمرينات تتصل باللسان وتأخذ أشكالا مختلفة داخل فجوة الفم وخارجها.

٧ — تمرينات الشفاه تكون على شكل فتحة كاملة حين نطق الألف المفتوحة إلى استدارة يصاحبها بروز فى الشفاه عند نطق الألف المضمومة، وتتخذ الشفاه أشكالا أخرى يختلف بعضها عن بعض عند نطق الحروف المتحركة الأخرى وهى أكثر عددا فى اللغات الأوربية.

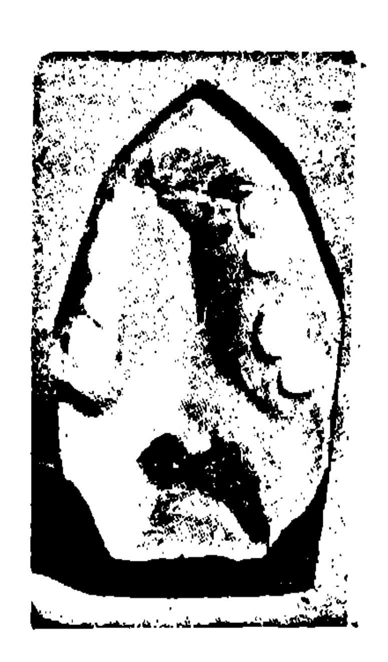
٨ — أما التمرينات الخاصة بالحلق[1] فتكون أكثر صعوبة من تمرينات اللسان والشفاه. غير أنه بالرغم مما يلازم تلك التمرينات من صعوبات تتصل بموقع الحلق من الجهاز الكلامى نفسه، فإن بالإمكان تمرين هذا العضو على العمل من أسفل إلى أعلى عن طريق التثاؤب أو النفخ أو جذب الهواء إلى الداخل، أو نطق بعض المقاطع الصوتية: خصوصا الحروف المتحركة.

---

(١) هذه التمرينات مفصّلة فى كتاب:

Ida C. Ward: Defects of Speech – London 1947.






(شكل ١٠)

عن كتاب : « Robert West: The Rehabilitation of Speech » وهي تبين ما يصيب الحلق من إصابات .

٩ ـ هذا ويمكن أن تضاف إلى كل ما سبق تمرينات خاصة بالحروف الساكنة . وفى مثل هذا النوع من العلاج الكلامى ، تمكن الاستعانة بالمرآة لتتسنى للمصاب معرفة حركات لسانه عند إحداث كل صوت على حدة ، وعن طريق التكرار تتحطم أساليب النطق المعيبة ، وبالتدريج يكتسب عن طريق الخبرة الجديدة كلاما سليما خالياً من كل عيب .

ومن أسهل الحروف الساكنة التى يسهل تدريب المصاب على نطقها حرف الباء ، وهو حرف من الحروف الشفوية . ولأجل أن يدرب الطفل المصاب على نطق هذا الحرف نطقا صحيحا ، يُطلب منه أن يغلق شفتيه مدة ثانية أو اثنتين مع محاولة ضغط الهواء من الداخل ، ثم يفتح فمه فجأة على شكل انفجار (Explosion) . وفى أثناء ذلك يمكن وضع مرآة صغيرة (كالتى تحفظ فى حقائب السيدات) أسفل الأنف ، ففى حالة ابتلال هذه المرآة بالبخار ، يكون هذا دليلا على أن الهواء يتسرب من أنف الطفل ، كما أنه دليل على عدم إجادة نطق حرف الباء . فإذا ظلت المرآة على حالها من الجفاف أثناء التمرين ، كان ذلك دليلا على أن الهواء يتسرب من التجويف الزورى فالفمى حتى تحجبه الشفتان وهما فى حالة تلاصق ، ومن ثم تفتح الشفتان فيخرج الهواء منفجرا على شكل حرف باء .

وبعد التأكد من نطق هذا الحرف يدرب الطفل على نطق حرفى (التاء والدال) وهما من مجموعة الحروف السينية . وأساس التدريب على هذه الحروف أن يقوم المدرب بنطق كل حرف على حدة أمام الطفل فى شىء من البطء حتى تتيسر له مشاهدة حركة اللسان داخل التجويف الفمى ، وموقع هذا العضو أثناء نطق الحرف المطلوب بالنسبة للأسنان وسقف الحلق الصلب .

وبعد ذلك يمكن تدريب المصاب على نطق الحروف الآتية (السين والشين) ويتطلب نطق حرف السين بطريقة طبيعية أن يكون حرف اللسان فى وضع بين الأسنان العليا والسفلى ، أو خلف حافة الأسنان العليا ، بشرط ألا يلمس طرف اللسان الأسنان فى أحد الوضعين السابقين . ويختلف الوضع الخاص بحرف

(الشين) عن حرف السين فى أنه فى الوضع الأول تضيق فتحة الشفاه بعكس ما يحدث فى حالة نطق حرف السين ؛ وعندما تتحسن حالة المصاب يمكن أن تأخذ هذه التمرينات أشكالا أخرى ، فإنها بعد أن كانت تدريباً على نطق حروف منفصلة ، تصبح تمرينا على نطق مقاطع كلمات فجمل ، ويحسن ألا تزيد هذه الجلسات العلاجية عن مدة تتراوح بين ٢٠ و ٣٠ دقيقة وإلا أجهد المصاب .

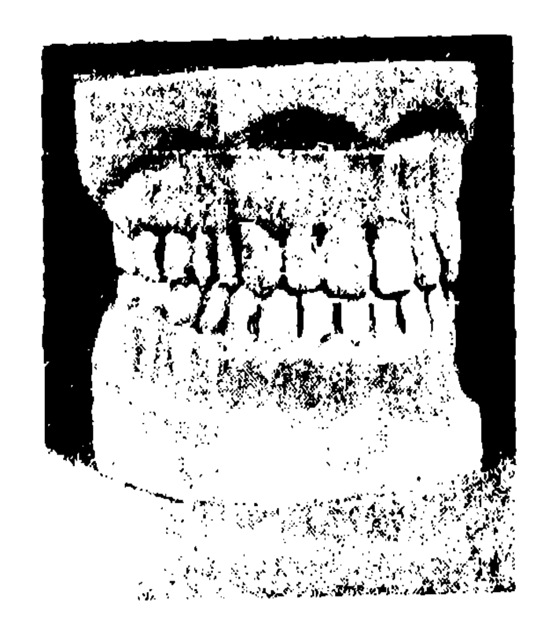
الثأثأة

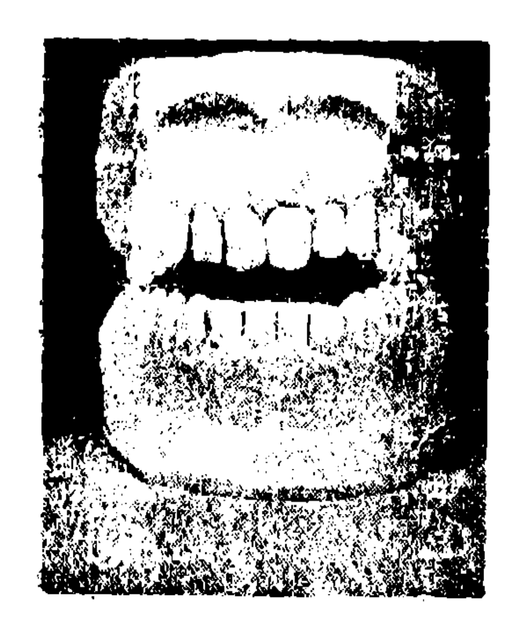
الثأثأة ، أو لكنة حرف السين ، من أكثر عيوب النطق انتشارا بين الأطفال . وهى تلاحظ بكثرة فيما بين الخامسة والسابعة ، أى فى مرحلة إبدال الأسنان . غير أن كثيرا من المصابين فى هذه السن يبرءون من هذه العلة إذا ما تمت عملية إبدال الأسنان ، فيعود نطق الحروف الصفيرية (Sibilant) إلى ما كان عليه من الدقة وعدم التردد . وهناك أقلية تلازمها هذه العادة إلى أن تتاح لها فرصة العلاج الكلامى .

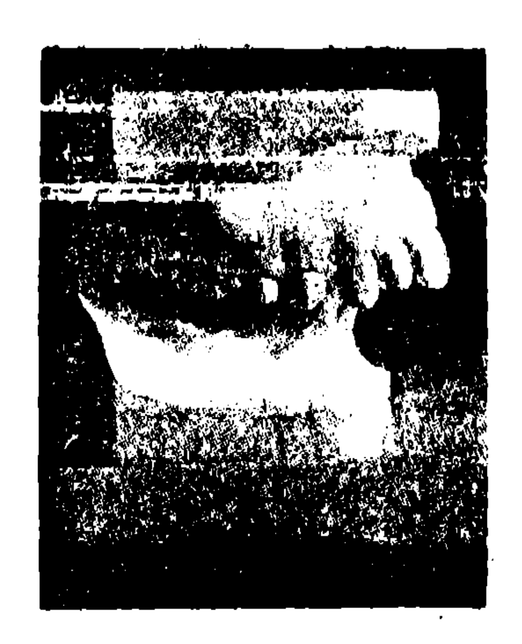
إن من أبرز أسباب الخطأ فى نطق « حرف السين » عن طريق إبدالها بحروف أخرى كالثاء أو الشين أو الدال ، إنما يرجع إلى العوامل الآتية :

١ ـــ عدم انتظام الأسنان من ناحية تكوينها الحجمى ، كبراً وصغراً ، أو من حيث القرب والبعد ؛ أو تطابقها وخاصة فى حالة الأضراس الطاحنة والأسنان القاطعة ، فيجعل تقابلها صعبا (انظر شكل ١١) .

ويعتبر هذا العيب العضوى التكوينى ، على اختلاف صوره من أهم العوامل التى تسبب الثأثأة فى أغلب الحالات التى تعرض على العيادات الكلامية .









(شكل ١١)

٢ ـ بيد أنه بجانب هذا ، تحدث الثأثأة فى بعض الحالات ، وهى قد تكون نتيجة لعوامل وظيفية بحتة ، لا شأن لها بالناحية التركيبية للأسنان . ومن هذه العوامل ، التقليد ، حيث يظهر من تتبع مثل هذه الحالات ، أن هناك بين أفراد الأسرة من يشكون نفس الشكوى .

٣ ـ هذا ، وهناك عامل ثالث ، نفسانى ، يؤدى إلى الثأثأة ، فى قلة من الحالات ، ويطلق على هذا النوع من الثأثأة (Neurotic Lisping) .

وللثأثأة أشكال عدة ، منها إبدال حرف السين ثاء . ويعرف هذا النوع من عيوب النطق باسم (Interdentalis Sigmatism) ويلاحظ فى هذه الحالات أن سبب العلة ، إنما يرجع إلى بروز طرف اللسان خارج الفم ، متخذا طريقه بين الأسنان الأمامية .

وتأخذ عملية الإبدال فى حالات أخرى شكلا آخر ، حيث تقلب السين (شينا » . وهذا العيب معروف باسم (Lateral Sigmatism) وسبب العلة فى هذا النوع ، إنما يرجع إلى تيار الهواء الذى يمر فى تجويف ضيق بين اللسان وسقف الحلق فى حالة نطق حرف « السين » وهو الوضع الطبيعى لإحداث هذا الصوت ، فينتشر تيار الهواء على جانبى اللسان ، إما لعدم قدرة الشخص على التحكم فى حركات لسانه ، أو لسبب آخر من الأسباب التى ترجع للناحية التشريحية فى تكوين هذا العضو .

وفى طائفة ثالثة من الحالات تبدل السين إما ثاء أو دالا . ويطلق على هذا النوع من الإبدال السينى ، الاصطلاح المعروف فى علم الكلام المرضى باسم (Adentalis Sigmatism) وفى طائفة رابعة من الحالات يستعين المصاب بالتجاويف الأنفية فى محاولة إخراج حرف السين ، حين يقتضى إخراجها على نحو سليم الاستعانة بالشفاه ، وهذه الحالة معروفة باسم (Nasal Sigmatism) .

علاج التأتأة

ليس علاج التأتأة سهلا ميسورا ، وخاصة فى الحالات التى طال إهمالها ، فقد تنقلب بعد حقبة من الزمن إلى عادة متأصلة ، تلازم الفرد فى حديثه ، فإذا كان طفلا صغيراً غلب على أمره فيتعثر ويتلعثم . وتختلف استجابة الآباء والأمهات لهذا التعثر فى النطق بالمرحلة الأولى من الطفولة باختلاف ثقافاتهم ، فإما إغراق للطفل بالعطف والحنان ، يؤدى إلى نتائج عكسية ، يفقد معها ثقته بنفسه ، أو إلحاح فى النقد وإصرار فى التصحيح ، ومن ثم تغرس فيه مشاعر النقص وإذلال النفس فيندفع إلى الانطواء والوقوف من المجتمع موقفاً سلبياً ، وهو فى الحالتين هدف للصراع النفسى . فإذا ماألحق بالمدرسة ووجد بين زملائه فى حجرة الدراسة تفاقمت الحالة بتعرضه لسخرية رفاقه . وإذا كان صانعا فى مصنع أو عاملا فى متجر أو موظفا فى مكتب ، أصبح مضغة فى الأفواه ، وهدفا للنقد والتجريح من مرءوسيه ورؤسائه على حد سواء .

ويتضح من ذلك أن العلة فى أصلها قد تكون عضوية ، غير أنها مع مرور الزمن تحدث مشكلات نفسية لا يستطاع التكهن بمدى تأثيرها عليه فى مستقبل أيامه ، وهكذا يتفاعل السبب الأصلى مع النتيجة المباشرة ، وتتكون من هذا التفاعل حلقة مفرغة تؤثر على حياته .

والطرق العلاجية التى يقدمها الإخصائيون سبيلها ميسور ؛ إذ يستطيع المصاب مباشرتها بنفسه بعد تعويده عليها فى جلسات خاصة . وأولى تلك الطرق أن ندربه على التحكم فى حركات لسانه فى أوضاع مختلفة ، داخل الفم وخارجه ، ثم نتبع ذلك بتدريبه على نطق حرف السين . ويستعان على ذلك بمرآة توضع أمامه أثناء التدريب حتى يقارن بين مايقوم به الناس من حركات وما يقوم به هو أثناء نطق الحروف ذاتها ، فيتبين له الفرق ، ويظل كذلك حتى

يتيسر له تحقيق التوافق بين القدرة الحركية والقدرة البصرية . وعندما يشعر بالتقدم تأخذ هذه التمرينات أشكالا أخرى ، فبعد أن كان التدريب لنطق حروف منفصلة ، يصبح تدريبا على نطق مقاطع ، فكلمات ، فجمل .

ويحسن ألا تزيد هذه الجلسات العلاجية عن مدة تتراوح بين ٢٠ و ٣٠ دقيقة ، وإلا أجهد المصاب .

وبديهى أن العلاج الكلامى عن طريق الإعادة والمشاهدة والسمع ثم المقارنة ، لا يؤتى ثماره إلا بعد إزالة كل تشويه فى الأسنان . ومن ثم وجب أن يفحص المصاب إخصائى فى الإسنان لإبداء رأيه وإجراء ما يلزم فى حدود اختصاصه إذا أريد للعلاج الكلامى النجاح فى أقصر مدة ممكنة . ولا شك أن هذا النجاح يتوقف إلى حد كبير على تقديم المساعدة للمصاب كى تقلل من حدة صراعه النفسى . وهذا يتطلب أن يسير العلاج النفسى والعلاج الكلامى جنبا إلى جنب .

الديسآرثيا(١)

يطلق هذا المصطلح على مجموعة الحروف المنطوقة بطريقة مشوهة معينة والتى ترجع أسبابها إلى عوامل إما تشريحية anatomic أو عيوب فسيولوجية Physiologic متصلة بالشفاه ، أو اللسان أو سقف الحلق . وفى بعض الأحيان ترجع هذا العيوب إلى عدم التناسق بين الفكين واللسان وسقف الحلق ، مما يؤدى إلى خروج اللسان وبروزه خارج الفم ، وينتج عن هذا العيب المعروف باسم الثأثأة .

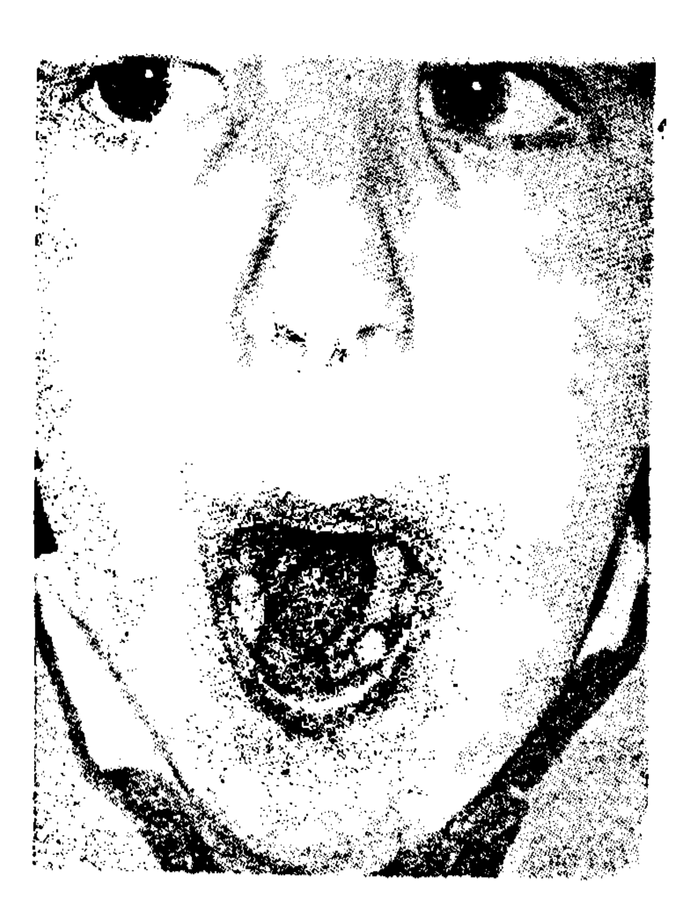
(١) Dysarthia



ضيق الفك الأسفل



عدم التناسق بين أعضاء الجهاز الكلامي



ربط اللسان (Tongue - tie) مما يعوق حركته

الفصل التاسع

علاج اللجلجة

اللجلجة فى الكلام

تمهيـد :

لست فى حاجة إلى أن أقرر أن اللجلجة عيب كلامى شائع بين الأطفال والكبار ، وأن أسبابها معقدة متشعبة النواحى ، وأنها لهذا تحتـاج إلى ألـوان مختلفة من العلاج ، ولا شك أن كل علاج يتطلب سعة فى البحث وتمهلا فى العرض ، ولهذا أرجو أن يفسح لى القراء صدورهـم لتـفسير هذه الظاهـرة المرضية ، والمظاهر المحيطة بها ، وطرق علاجها ؛ حتى أستطيع أن أقوم بواجبى فى علاج هذا المرض الذى يجلب لمن يصابون به المتـاعب والآلام ويعرقـل سيرهم فى معترك الحياة ، ويعرضهم للتهكم والسخرية ، ويخطو بهم خطوات حثيثة إلى القنوط واليأس حتى ليفكرون أحياناً فى الانتحار والتخـلص من الحيـاة . فلنقـف إذاً وقفـة طويلـة عنـد هؤلاء المنكـوبين محاولين أن نأسو جراحهم ، ونخف من ويلاتهم ، ونضع عنهم بعض ما كبدهم الزمن من فوادح الأثقال :

تعددت نظريات اللجلجة فى الكلام لدرجة تدع الباحث فى حيرة ، وأدى تكاثر هذه النظريـات إلى وجـود آراء متباينـة تتصل بالناحيـة التشخيصيـة والناحية العلاجية ، وأدى هذا التناقض والتباين إلى وجـود مدارس مختلفـة وأحزاب وشيع يعارض كل منها الآخر .

ومن بين هذه المدارس الشائعة ، المدرسة التى يتزعمها الباحث الأمريكى « ترافس »(١) وتقوم نظريته على أساس نيورولوجى فسيولوجى يتلخص فى أن تحويل طفل أعسر للكتابة بيده اليمنى مدعاة لحدوث اللجلجة فى الكلام ، والأساس الذى قال به أصحاب هذا المذهـب يرجع إلى الفرض الآتى :

إن المخ ينقسم إلى شطرين أو نصفين كرويين ، ومن خصائص تكوينهما أن أحدهما يمتاز بالسيطرة على الآخر ، وتكون هذه السيطرة فى النصف الكروى

---

(١) L. E. Travis: Speech Pathology (1931).

الأيمن للأشخاص الذين يكتبون باليد اليسرى، بينما تكون فى الأشخاص الذين يكتبون بأيمانهم فى النصف الكروى الأيسر، فالعلاقة إذاً بين النصف الكروى للمخ وتفضيل استعمال يد على الأخرى، علاقة عكسية منشؤها السيطرة الدماغية، وبناء على هذا الفرض يقرر أصحاب هذا المذهب أن تحويل طفل يسارى إلى الكتابة باليمنى ينتج عنه شيء من التداخل فى عمل كل من نصفى المخ الكرويين، ويؤدى هذا التداخل إلى ازدياد سيطرة نصف الكرة اليسارى، فيتعادل شطر المخ فى السيطرة، وينتج عن تعادلهما اختلال يؤدى إلى اختلال يؤدى إلى اضطراب كلام الطفل .

ولمعرفة مدى صدق هذه النظرية نرى أن نتحدث عن الأطفال اليساريين بصفة عامة، وعلى ضوء ما نقول نستطيع أن نصل إلى مبلغ الصواب أو الخطأ فيما يزعمه أصحابها :

إن استعمال اليد اليمنى دون اليسرى فى الكتابة ميزة تنتظم العدد الأكبر من الأطفال . ولا غرو أن يكون الكاتبون باليد اليسرى من الأطفال مدعاة لقلق المشرفين على إعدادهم، سواء أكان ذلك فى الأسرة أم فى المدرسة، لأنهم يبدون شواذ بين سائر إخوانهم، ونحن إذا استعرضنا النظريات المختلفة التى قام بها الباحثون لتفسير هذه الظاهرة الجسمانية الحركية، وجدنا تضارباً يقف أمامه كل مستقص للحقيقة موقف الحائر ، فهناك من يرجع ذلك إلى عوامل بيئية مكتسبة أساسها المرانة والألفة والعادة، وهناك من يربط ذلك بسيطرة النصفين الكرويين بالمخ ، فإذا كانت تلك السيطرة يمتاز بها النصف الأيمن كتب الطفل بيده اليسرى، والعكس صحيح، فالعلاقة إذاً كما قدمنا عكسية منشؤها السيطرة الدماغية .

وهناك نظرية ثالثة تعلل عادة استعمال إحدى اليدين بقوة العين الباصرة، بمعنى أنه إذا كانت العين اليسرى أقوى بصراً من العين اليمنى، أصبح الطفل يساريا أو العكس، فالعلاقة بين قوة العين واليد علاقة توافقية طرديه . بعكس العلاقة بين المخ واليد فهى علاقة عكسية .

قد شغلت هذه النظريات أذهان الباحثين حقبة من الزمن، إلى أن جاءت الأبحاث التى قام بها المشتغلون بعلم الوراثة، فدحضت كل هذه الآراء وأثبتت بالتجريب عدم صحتها، وقدمت حججاً وأسانيد تقوم على الإحصاء الدقيق، أثبتت أن تفضيل استعمال يد على الأخرى فى الكتابة، وكذلك فى الأعمال التى تحتاج إلى مهارة حركية، إنما يخضع لعوامل فطرية يرثها الطفل إما بطريقة مباشرة من أبويه، وإما بطريقة غير مباشرة من أحد أقربائه، بغض النظر عن مرتبته قربا أو بعدا فى سلم القرابة. ومثل هذه الظاهرة الجسمانية الحركية كمثل وراثة الطفل لونا خاصا للعين أو الشعر أو شكلا معينا للأنف أو للوجه، أو ميزة من مميزات القصر أو الطول.

وما دام عامل الوراثة يلعب دوراً له أهميته فى أن يكتب زيد من الأطفال باليسار على حين يكتب عمرو باليمين، فإنه يتضح أن استعمال اليد اليسرى لا يعد شذوذاً فى ذاته، بل هو ظاهرة موروثة تحبو بها الطبيعة بعض الأطفال وهم أقلية ضئيلة، دون البعض الآخر وهم غالبية عظمى.

والسؤال الذى يتبادر إلى الذهن بعد هذه التقدمة هو : هل من الصواب التعرض لهذا الاستعداد الفطرى الموروث بالمحو أو بالتعديل، لأنه لا يتفق مع ما هو مألوف فى المدرسة والأسرة والمجتمع ؟

إن إجابتى على هذا السؤال تستند إلى بعض الأبحاث التى قامت بها جامعة كمبردج فى هذا الصدد، فقد دلت البيانات المستفيضة المتصلة بموضوع دراساتى فى هذه الجامعة على أن من بين ستمائة طفل يسارى حاول المشرفون على تعليم الخمسين منهم إجبارهم بشتى الطرق والوسائل على استعمال اليد اليمنى بدل اليسرى فى الكتابة، فكانت نتيجة ذلك — مع استثناء ثلاثة منهم — أن تعرضت تلك المجموعة لعلل نفسية أهمها اللجلجة فى الكلام.

وقد تبين بالبحث والتنقيب ودراسة كل حالة على حدة أن عملية المحو أو التعديل تكون مصحوبة بالإيحاء، ذلك أننا نوحى إلى الطفل أنه يختلف عن

غيره من الأطفال ، فيشعر بينه و بين نفسه بالشذوذ عن المجتمع ، وأن اليد التى يستعملها فى الكتابة رغماً منه ، موضع إثارة غضب الغير وحنقه عليه[١] .

وكثيرا ما تكون الطرق التى يستعملها الكبار فى تحويله مصحوبة بشىء من العنف والنقد الشديد ، قد يصل أحيانا إلى الضرب والتعذيب ، وما تلك إلا الضروب من القسوة التى تبعث على اضطراب الطفل وعدم شعوره بالطمأنينة والاستقرار وبث الرعب فى نفسه ، فيصبح هياباً وجلا متردداً ، شاعرا بالقصور والضعف فى كل ما يقوم به من أعمال .

وتدور تلك المحاولات والمضايقات فى العادة على مرأى من رفاقه التلاميذ فى حجرة الدراسة أثناء الكتابة ، فيضحكون من شذوذه ويسخرون ؛ لأنه ليس على شاكلتهم وليس فى مقدوره أن يكتب كما يكتبون ، والمدرس من خلفهم يقسو عليه ؛ لأنه بطىء ويعطل لسير الدرس .

وما هذه إلا معكرات أو منغصات تفسد عليه هدوءه واستقراره ؛ فيبدأ التفكير فى الخلاص مما هو فيه من مأزق تحرجه ، فيقضى الساعات الطوال جاهدا فى محو ما أورثه الله إياه ، ولكن لا تجديه هذه المحاولات إلا إمعانا فى الارتباك ، وهو بين هذا وذاك تنتزعه عوامل نفسية لا طاقة لعقله الصغير باحتمالها .

ولئن صح تصويرنا لهذه المسألة ، فإن إصابة طفل يسارى باللجلجة بعد تحويله ليكتب بيمناه لا يرجع — كما يزعم « ترافس » — إلى أسباب نيورولوجية فسيولوجية ، بل إلى عوامل نفسية . ومما يوهن ذلك الزعم أننا نشاهد بعض الذين يفقدون أيديهم اليمنى على أثر حادث يستخدمون — مضطرين — أيديهم اليسرى دون أن يتعرضوا لأى عيب كلامى ، يضاف إلى ذلك أن الفرض الذى افترضه « ترافس » فى تعليل نظريته يعوزه التعليل العلمى .

---

(١) زيادة فى التفصيل ارجع إلى بحث بالإنجليزية للمؤلف قدمه لجامعة كمبريدج ، ومنه نسخة بمكتبة كلية التربية بجامعة عين شمس .

والآن وقد استعرضنا نظرية من بين عدة نظريات معروفة للمشتغلين بعيوب النطق والكلام ، ورأينا ما دار حول هذه النظرية من جدل يضعف من صحتها ، نقول : إن ما تعرضت له من مثالب قد تطرق إلى ما عداها من النظريات ، ولهذا نغض الطرف عنها ، مكتفين بمعالجة الموضوع من ناحية علم النفس المرضى ، ونعتقد أن تفسيرنا للجلجة على هذا النحو هو أقرب التفاسير إلى طبيعة هذه العلة .

إن النظرية القائلة بأن منشأ اللجلجة تمتد جذوره إلى أصول نفسانية ، هى أوسع النظريات شيوعاً فى المحافل الطبية ، وأكثرها حظوة عند جمهرة الكتاب الطبيين ، وسأعالج هنا شرح هذه النظرية ، سالكا فى سبيل ذلك طريق الإجابة عن الأسئلة الآتية :

١ — هل اللجلجة عرض نفسانى ؟

٢ — هل تمكن الإبانة عن جوهر طبيعة اللجلجة على قاعدة من العوامل البيئية (أى على أساس ما للبيئة من تأثير) ؟

٣ — هل فى المتلجلجين ، بوصفهم جماعة قائمة بذاتها ، استعداد للإصابة بضعف جسمانى فى (ميكانزم) الكلام ؟

إننى سأعتمد فى إجاباتى عن هذه الأسئلة على ما توافر لدىّ من النتائج التى حصلت عليها فى اختباراتى الشاملة لما اضطلعت به من دراسات وبحوث تناولت تسعة وثمانين مصاباً باللجلجة فى سن تلاميذ المدارس ، كانوا من بين المترددين على عيادات الكلام التى عملت بها فى مصر ، وفى أوربا ، وتتألف هذه الجماعة من أربعة وسبعين ذكراً وخمس عشرة أنثى ، وعولت فى تشخيصى لمختلف الحالات على سجلات التواريخ الشخصية ، وعلى مشاهداتى الإكلينيكية ، وبذلت عناية خاصة فى تقصى نشأة كل طفل ؛ كيف رباه والداه ، وكيف عاملاه ؟

أما الكبار من هذه الجماعة فقد أجدى معهم أسلوب الأسئلة والأجوبة المباشرة ، وجاء بنتائج تبعث على الرضا . أما صغارهم فقد كان فى الاستطاعة

الظفر منهم بمعلومات وبيانات تكشف عن مدى ارتباط كل منهم بمجتمعه ، إما بدراسة تصرفاته خلال سلسلة من الألعاب ، أو بطريقة التحليل بالصور ، وكان الغرض الذى رجوته من وراء هذه الأساليب التحليلية ، هو الحيلولة دون تدبر الطفل المصاب أو إدراكه للمواقف والبواعث التى أفضت به إلى تلك الحالة النفسية ، وهى بواعث تتصل عامة بحياته المنزلية .

ورأيت أن أسلم الإجراءات عقبى ، وآمنها مغبة لاجتناب تنبيه الطفل ولفت نظره هو أن أستجمع معلوماتى من الطفل نفسه ولكن بطريقة غير مباشرة ، أى دون أن أواجهه بأسئلة مباشرة تتصل بعلاقته بوالديه أو بمن يلوذ بهم .

وقد وجدت أن أساليب العلاج النفسى هذه ، أوفى غرضاً ، وأنجح علاجاً من تلك الاختبارات السافرة المكشوفة ، ومن قوائم الأسئلة التى أتوسل بها فى استطلاع نزعات المرضى النفسانيين وميولهم . خذ مثلا اختبار الدكتور (سيرل بيرت)[1] فقد استعملته مع كبار الأطفال من الفئة التى كانت موضع اختباراتى فلم أفز منها بطائل ، ويرجع ذلك إلى أسباب شتى منها :

(أولا) أن الاختبار طويل يبلغ عدد فقراته مائتين وخمس عشرة فقرة ، حتى أن الطفل المختبر تعب وأصابه الوهن وامتنع عن متابعة الرد ولما تمض على استجوابه إلا خمس عشرة دقيقة .

(ثانيا) أنه يتضمن أسئلة تسمو فوق مستوى مدارك الطفل .

(ثالثا) أن هذه الأسئلة تجرى على غير قاعدة أو ضابط للمقارنة ، ومع أن النتائج المادية التى أسفرت عنها تحرياتى ، كانت عرضية موضوعية ؛ إذ كانت تعتمد بوجه خاص على سجلات تاريخ الشخصية ، وعلى استجواباتى للآباء والمعلمين ، فإنها لم تكن فى جملتها طفيفة أو ضئيلة القدر ، وإليك فحوى هذه النتائج :

---

(١) Burt C.: The Subnormal Mind (1933).

١ — الفئة الأولى : تتكون من (٨٣) مصابا كانت حالة المرض النفسى لديهم قديمة العهد ، بدأت فى بواكير العمر ، وتمت معها اللجلجة جنبا إلى جنب بوصف كونها عرضا من الأعراض الرئيسية لتلك الحالة ، وظهرت أعراض الاضطراب الكلامى فى أسر ٢٦ مصابا من جملة أفراد الجماعة .

٢ — الفئة الثانية : تتكون من ستة مصابين ، وقد نشأت اللجلجة فيهم فجأة عقب صدمة نفسية عنيفة ، ما لبثت مضاعفاتها أن سببت شعورا بالقلق والتوجس . وقد بسط هذا الشعور جناحيه على نطق الطفل من بدء الإصابة ثم أخذت بوادر جديدة من بوادر النزوع إلى القلق تتفاقم وتستفحل تدريجيا ، وربما كان سبب هذه البوادر ، اللجلجة نفسها أو عوامل بيئية جديدة أخرى .

الفئة الأولى :

كانت حالة المرض النفسى فى هذه المجموعة ، المكونة من ٨٣ مصابا ، قديمة العهد ، وبدأت فى سن مبكرة ، إذ شعر الأطفال بالخوف وانعدام الأمن فى مواقف كثيرة .

وقد كان من الأسباب الرئيسية فى تكوين هذه المشاعر بنفوس أطفال هذه الفئة :

(أ) إفراط الأبوين ومغالاتهما فى رعاية طفلهما وتدليله فى طفولته ، وكان يحسن أن يدرباه خلال هذه الفترة من حياته على الاستقلال والاعتماد على النفس .

(ب) محاباة الطفل ، وإيثاره بالحظوة والتدليل ، وهذان أديا إلى حقد رفقائه ، وإذكاء نيران الغيرة فى قلوبهم ، ثم إلى إساءته وإيذائه .

(ج) افتقار الطفل إلى عطف أحد أبويه وإلى رعايته .

(د) التعس والشقاء العائلى .

(هـ) تعارض التيارات ، وتنازع الأهواء فى الأسرة ، كأن تكون الأم سمحة مترفقة ، والأب صارما متعنتا .

(و) إجبار طفل يسارى على استعمال يده اليمنى فى الكتابة .

(ز) الإخفاق فى التحصيل المدرسى .

(ح) كبت رغبات الطفل المختلفة .

(ط) حقد الطفل على المحيط المدرسى .

هذه هى مظاهر انعدام الأمن التى تنشأ عن أسباب خارجية أو موضوعية . وتؤدى بالتدريج إلى قيام صراع نفسى، أو نوع من انعدام الأمن الداخلى، ما يلبث أن يستفحل ويصير فيما بعد الجانب الغالب فى تكوين الناحية النفسية للطفل.

والآن تبرز أمامنا ونحن فى سياق هذا البحث ثلاثة أسئلة تقتضينا الإيضاح والبيان وهى :

(أ) طبيعة هذا الصراع النفسى وكنهه .

(ب) إلى أى مدى يمهد شعور عدم الأمن، وما يستتبعه من صراع ، طريق الاضطراب النفسى .

(جـ) بأية كيفية تحدث العوارض النفسية والجسمية بصفة عامة ، واللجلجة بصفة خاصة .

أما عن أولهما فإنى أميل إلى اعتبار الاضطراب المسبب للصراع النفسى البادى فى الغالبية اضطرابا غير متأصل الجذور فى أغوار العقل الباطن . ولو أخذنا بالرأى الذى أورده (جون مكاردى : (John Mac-Curdy) [1] فى هذا الصدد لوصفنا هذا الاضطراب بأنه ــ على حد تعبيره ــ على شفا الوعى (Fringe-of Consciousness) وهو وصف صادق تؤيده الحقيقة الواقعة ، وهى أن هؤلاء المصابين لم يكونوا عند مناقشتهم فى بداية الأمر ، واعين أو مدركين علة اضطرابهم النفسانية ، ولكنهم حين معالجتهم بوسائل العلاج المختلفة ، ما لبثوا أن ثابوا إلى إدراكها ووعيها ، ففى إحدى الحالات مثلا ، كانت معاملة الأب لطفله

---

(١) Mac Curdy John: Problems in Dynamic Psychology 1923.

بالعنف والصرامة هى أساس البلاء وموطن الداء. وفى المراحل الأولى من المناقشات التى دارت مع الطفل، لم يجئ على لسانه ذكر علاقته بأبيه الصارم المتعنت، ولم يكد يفطن إلى إضطرابه العصبى، بيد أنه تبين مما أدلت به أمه من تصريحات أثناء جمع البيانات، أن زوجها كان شديد الوطأة على طفله، لا تأخذه فى معاملته هوادة أو شفقة، فلما كشف الفحص والاستقصاء عما بين الطفل وأبيه من سوء العلاقات بكى الطفل بكاء مرا، واعترف بكل الوقائع الأليمة التى سردتها والدته.

أما السؤال الثانى فيفضى بنا إلى نقطة طالما عرضت للباحثين وهى: لماذا تنتاب هؤلاء الأطفال بالذات أمراض نفسية لا تنتاب سواهم من الأطفال الذين يعيشون فى أحوال بيئية مماثلة؟ وإذا كانت الاضطرابات العصبية الناشئة عن تلك العوامل الخارجية فى حد ذاتها تؤدى إلى خلق هذا الاضطراب النفسانى، الذى أصاب طائفة المتلجلجين بهذا الانحراف، وصبغ تصرفاتهم بهذه الصبغة، لكان كل طفل تقريبا مريضا مرضا نفسيا، فلا يوجد طفل لم يلق فى أى يوم من القسوة والمتاعب ما يسبب له الاضطراب النفسى.

وهذا يتطرق بنا إلى مسألة الاستعداد الطبيعى للطفل (Predisposition)فنضعه موضع النظر والتأمل. ويقول العلامة (لاندس G. Landis)[١] فى هذا الصدد ما نصه: « يولد بعض الناس وفيهم ضعف أو نقص جسمانى، يؤدى بهم إلى أدواء بدنية أو نفسية إذا ما توافرت لها الأسباب الملائمة لإظهارها. فإذا لم يتعرض الفرد إلى أى حادث معين، مضى فى حياته دون إصابته بأى مرض من نوع معين ». ووجه الصواب فى رأى « لاندس » أن الأطفال قد يسلكون الطريق الطبيعى القويم، إذا هم اضطروا إلى مواجهة مواقف تدفع بهم إلى القلق والتوجس، وليس ثمة فرق بين هؤلاء الأصحاء ومرهفى الإحساس، إلا أن الأولين أقدر على معالجتها بثقة أوفر، وعزيمة أصدق.

---

(١) Landis, C.: A Textbook of Abnormal Psychology, 1947.

ولقد كان الاستعداد الطبيعى عند فريق المتلجلجين الذين أجريت عليهم بحوثى إما ضعفا فى بنية الجسم ــ مكتسبا أو ولاديا ــ أو اضطرابا فى النواحى المزاجية طبع عليه الآباء. ويلوح أن هذه الاستعدادات الطبيعية بنوعيها فى المتلجلجين قد ازدادت قوة وبأسا بفعل سلطان البيئة الطاغى الذى توحى به مشاعر عدم الطمأنينة وفقدان الأمن .

أما مدى تأثير هذا الاستعداد الطبيعى فليس من الهين تقديره أو تحديده ، ولكن لا ريب فى أن هذه العوامل الداخلية (الذاتية) تختلف أثراً ومدى باختلاف الحالات ، كما سيبدو ذلك جليا فيما سأعرضه بعد من نتائج أبحاثى التى سجلتها .

أما السؤال الثالث ، وهو الذى يتعلق بكيفية حدوث العوارض الجسمية والنفسية فنشرحه فيما يلى :

حين تمر بالنفس أزمة عصبية شديدة تحاول أن تجد لها منصرفاً فتحيل صورة هذه الشدة إلى عوارض جسمانية(١) ولكن السؤال ما برح قائما : لماذا عبرت تلك الشدة العصبية عن نفسها ، ودللت على وجودها بهذا الأسلوب بالذات ، وفى هذه الأعضاء الكلامية بصفة خاصة ، فى صورة لجلجة ..؟. إن عيادات رعاية الأطفال خاصة بالأطفال المصابين الذين يشكون اضطرابات واختلالا فى الهضم، وإفراطا فى التبول اللاأرادى، وانحرافاً فى السلوك (السرقة والكذب مثلا) ولكنهم مع هذا كله خلو من هذا الاضطراب الكلامى الذى نحن بصدده .

وينتقل هذا السؤال إلى موضوع ، اختيار العوارض ، Choice of Symptoms فى الأمراض النفسية العصبية ، حين يهدد الصراع النفسى الاتزان العقلى ، يلجأ العقل فيما يميل ، إلى الاحتماء بنوع من التنفيس الانفعالى (Emotional discharge phenomenon) وأغلب الظن أن هذه القوى الدافعة ــ وأعنى بها التنفيس الانفعالى ــ تتجه فى هجومها إلى موطن النقص حيث يتاح لها مركز تنفيس

(١) Fenichel O.: The Psychoanalytic Theory of Neurosis 1945.

صالح . فمثلا فى حالة التبول اللا إرادى نجد أن أى خلل وظيفى أو جسمانى يصيب الجهاز البولى ، قد يتيح مركز تنفيس صالحا . والأطفال السارقون أو الكاذبون قد تكون نقيصتهم بمثابة تعبير عما يخالجهم من رغبة فى التماس العوض عما لحقهم من أذى أو إساءة ، ففى مثل هاتين الحالتين ، يكون (مركز التنفيس) هو الهدف الذى يهدفون إليه بما يصدر عنهم من تصرفات .

وعلى ضوء هذا التعليل يمكن تفسير عارض اللجلجة ، فقدْ تبين من دراسة الحالات — التى سنوردها — أن هنالك عللا جسمانية معينة تساعد على تسليط التنفيس الانفعالى وتركيزه فى عضلات الجهاز الكلامى .

ففى الحالة الأولى يمكن أن ينسب (اختيار العارض) ، وقد وقع هنا على اللجلجة ، إلى ما اتضح من أن المصاب كان ممن يتنفسون من أفواههم ، وكان لسانه غليظا غير عادى ، وهذا يدل على أن فى أعضاء كلامه شيئا من قلة الانسجام ، خليقا أن يعيب نطقه . ولعل هذين العاملين يفسران اتجاه الاختيار — أى اختيار العارض — هذه الوجهة بالذات . وفى حالة أخرى نجد أن الاضطراب فى جهاز تنفس الطفل ، والصعوبة التى يلاقيها فى أداء بعض الأصوات أداء صحيحا سليما ، يوحيان بأن فى أعضاء جهازه الكلامى شيئا من عدم التناسق . وقد طوع له هذا كله أن يندفع تنفيسه العاطفى إلى أهون الطرق وأيسرها ، وأعنى به طريق أعضائه الكلامية المريضة السقيمة . وفى حالة ثالثة كان الطفل مصابا بتضخم اللوزتين ، ونظرا لما يعترى هذا المرض من ألم الفم والحلق ، فقد أصبح الطفل عزوفا عن الكلام ، عسير النطق ، وعضلاته الكلامية ضعيفة الانسجام ؛ وأيضا فى حالة رابعة أصيب الطفل فى طفولته المبكرة بلحمية الأنف ، فعابت اللحمية كلامه ، وجعلته أخن بعض الشيء ، كما أثرت أيضا فى تنفسه . فهاتان العلتان الجسميتان — أى تضخم اللوزتين ولحمية الأنف — يمكن أن تقوما أساسا لتثبيت العارض .

هذه مجرد آراء نسوقها، وقد نجد فيها تفسيرا نعلل به السبب فى أنه فى بعض المرضى النفسانيين، قد يكشف العارض عن نفسه فى صورة حركات ارتعاشية تعترى الأعضاء والعضلات الكلامية، وهذه الحركات الارتعاشية فى أطوارها المبكرة لا تستمر عادة إلا جزءاً من ثانية وقد أظهرت الشواهد التجريبية فى هذا الصدد أن هذه الحركات ليست إلا مجرد اضطرابات فى إيقاع الكلام (Rhythm)، ناجمة عن انفعالات عرضية عابرة تشبه فى طبيعتها الترددات واللعثمات البسيطة التى يتميز بها كلام الطفل إبان تعلمه لغة مولده، أو التى تصدر عن الكبار وهم يلقنون لغة أجنبية.

وأغلب الظن أن تلك الشوائب الكلامية قد تعقب اضطرابات انفعالية أخرى تجر عادة إلى شوائب كلامية جديدة. وقد كان الآباء والأقرباء الذين يسألون عن تاريخ اضطرابات النطق فى أطفالهم، وعن كيفية تفاقمها حتى بلغت مرحلتها الحالية، يقررون أنه بعد مضى بضعة أسابيع من ترديد الحروف المتلجلجة أثناء دور تكوينها المبكر — تتدخل عناصر جديدة فى أوضاع الاضطراب الكلامى — هى عناصر الخوف، والتوتر، والالتفات إلى العملية الكلامية.

وقد استعمل (فروشلز Froschels)[١] (وشتين Stein)[٢] اصطلاح « التشنج الاهتزازى التوقفى » للتعبير عن اللجلجة فى حين تطغى على التشنجات الارتعاشية المتكررة عوارض أشد وطأة من القلق والتوتر والتركيز. ويقول (شتين) فى وصف التشنج الاهتزازى التوقفى: إنه نوع من التوتر يطغى أو يسيطر على الحركات أو الارتعاشات أو الاهتزازات التكرارية التى تظهر عليها اللجلجة فى أولى مراحله[٣]. وكذلك يتحدث (فروشلز) عن

(١) Froschels, E.: The Psychosomatic Approach to Speech Disturbances.

(٢) Stein. L.: Speech and Voice (1612)

(٣) Stein. L.: Speech and Voice (1942).

التشنج التوقفى فيقول : إنه يظهر فى وضوح وجلاء بعد بداية اللجلجة بنحو سنة ، إذ يبذل المتلجلج عند تحريك عضلاته الكلامية جهودا ومحاولات ، فتبدو بوادر الضغط على شفتيه وعضلاته الحنجرية ، وبذلك تحتبس طلاقة كلامه .

وقد خلص لى من بحوثى واستقصاءاتى أنه يتعذر رسم حدود للتفرقة بين هذين العارضين ، وأعنى بهما : التشنج الاهتزازى الخالص (Glonic spasm) ، والتشنج التوقفى (Tonic spasm) فى أول ظهورهما . والرأى عندى أنه من غير المستطاع إيجاد قاعدة عامة ، نعين بها على وجه التحديد أوان تطورات هذه العوارض وانتقالاتها من مرحلة إلى أخرى ، إذ أن مناط ذلك يرجع إلى مبلغ ما يعانيه المتلجلج من تباريح القلق ، وإلى مدى استيعابه للملاحظات التى يبديها له مخالطوه عن نطقه الخاطئ المعيب .

ومع أن عددا وافراً من الحالات التى قمت بفحصها تؤيد وجهة نظر (فروشلز) و (شتين) من حيث أن المتلجلج يبدأ عادة على شكل « تشنج اهتزازى خالص » ثم يتطور مع تراخى الزمن إلى (تشنج توقفى خالص) ، فقد نبين من ناحية أخرى أن بعض الحالات لا تتمشى وما يذهب إليه (فروشلز) و (شتين) من حيث تطور العوارض ، ولا من حيث العارض الزمنى الذى عيناه ، ففى بعض الحالات ظهر العارض للوهلة الأولى تشنجا توقفيا صراحا ، ولعل مرجع ذلك إلى جسامة الإصابة . وفى حالات أخرى كان العارض على شكل تشنجات اهتزازية صرفة ، ولكنه لم يتطور إلى التشنجات التوقفية فى حدود الزمن الذى رسمه (فروشلز) ، وهو سنة واحدة .

وفى مجموعة ثالثة من الحالات ظهر فيها جليا أن العارض تشنج اهتزازى صرف ، ثبت بعد ذلك على حاله مع مرور الزمن . وفى حالة أخرى سنوردها بعد ، لوحظ فى مبدأ الإصابة أن العارض فيها كان تشنجا اهتزازيا خالصا ما لبث أن اختفى فجأة دون أية تطورات ، وهذه الحالة هى حالة طفل مصرى فى نحو ربيعه الثالث صحب والديه إلى مدينة الخرطوم ، وليس يُعلم بصفة جازمة إن كان

لديه استعداد سابق للإصابة بالأمراض النفسية ، ولكنه كان حييا ، خجولا ، يهاب لقاء الغرباء ، كما كان دائم التبول فى فراشه ؛ وقد اعتاد فى فصل الصيف أن ينام مع أبويه فى العراء بحديقة ملحقة بالدار فرارا من الحر . وفى ليلة حالكة الظلام ، هب من نومه بعد منتصف الليل على صوت أمه توقظ أباه النائم بجوارها ، لرؤيتها نورا فى غرفة الطعام ، فصاح أبوه صيحة روعت اللصوص ، فركنوا إلى الفرار ، بين أصوات تحطيم الأطباق والأكواب . حدث ذلك بين سمع الطفل المرهف الحس وبصره فراح يصيح من الفزع ، وينادى مستنجدا مستغيثا ، وقضى بقية ليلته هذه ينتفض من الهلع خشية عودة اللصوص ؛ ومنذ تلك الليلة وهو يميل إلى الإقلال من الكلام ، وما لبث أن ظهرت عليه بوادر اللجلجة ذات التشنج الاهتزازى ، ولازمته نحو شهرين ثم اختفت فجأة .

وقد يعزى هذا الشفاء العاجل إلى أن المحيطين بالطفل لم يعقبوا على الحادث أو يعلقوا عليه . وكان والد الطفل من المشتغلين بعلم النفس ، فبادر إلى تغيير المحيط الذى كان يعيش فيه ، وفسر الحادث للطفل تفسيراً هادئا . واجتنب هو وزوجه أن ينتقدا كلام الطفل فى وضعه المضطرب الجديد ، وبهذا لم يتهيأ للطفل أية فرصة يتنبه فيها إلى عيوب كلامه(١) .

وزيادة فى جلاء ما عرضنا من آراء ، نسوق بعض نماذج الأمثلة التى استقيناها مما شخصناه وعالجناه من حالات :

ج ... غلام فى العاشرة من عمره هو أصغر أخوين ، أما أخوه فيكبره بست سنوات ، ولم تبد عليه حين فحصه أية بوادر انحراف فى السلوك ، أو اضطراب فى الكلام . وقد قررت أمه ، أنه قبل أن يصاب باللجلجة كان بادى الشذوذ فى سلوكه : يمزق ثيابه بأسنانه ، ويقرض أظافره ، وينكش منخريه ، وينام طيلة ليله ، ولكن يبدو من كثرة رفسات رجليه ، وعنف حركاته أثناء نومه أنه يحلم

---

(١) لقد تعرض نجلى محمد لهذه الحالة عندما كان فى الرابعة من عمره ، وهو الآن يدرس الكيمياء الصناعية بجامعة موسكو .

أحلاما مزعجة ، وكان قاسيا على الحيوان ، يناوش القطط من أذنابها ، كما كان يرفض الطعام الذى يقدم إليه فى أوانه ، ولكنه يأكل جيدا بين الوجبات ، وهو نفور لا يلبى ما يطلب منه ، جنوح إلى الصخب والصياح ، كثير التذمر إذا طلب إليه الكف عن عمل من الأعمال ، وكثيرا ما يقعد على الأرض ويرفس برجليه ويتنفس من أنفه تنفساً عسيرا ، ويدفع الكراسى فى أرجل الناس ، ويخف إلى والدته ليبلغها أنه آذاهم ، وإذا أعطى كتابا مزقه إربا إربا .

ولو أمعنا النظر فيما اشتمل عليه تقرير أمه هذا ، لما وسعنا إلا الاعتقاد بأن فى تصرفات هذا الطفل نذيرا بنزوع وشيك إلى التوجس والقلق وعدم الاستقرار . على أن تحرياتى التالية لشئون الطفل وأحواله المنزلية ، قد هيأت لى الحصول على بيانات أخرى ضممتها إلى ما اجتمع إلىّ من المعلومات ؛ ففى أثناء الحرب الماضية ، انخرط أبو الطفل فى سلك الجيش ، ونظرا لاستحكام ضائقة المساكن إذ ذاك ، اضطرت أمه إلى السكنى مع والدتها ، وهى عجوز مستبدة متغطرسة كانت لا تفتأ ترمى ابنتها بأنها تسىء تربية بنيها ، فكان هذا يجر عادة إلى تقاذف بعض الألفاظ بينهما على مسمع من الطفل .

وقد تبين كذلك أن جدة الطفل كانت تمنعه من دعوة أقرانه الأطفال لمشاطرته اللعب فى حديقة الدار ، كما كانت تأبى عليه الخروج لمشاركتهم ملاهيهم ، فإذا ضاق وبرم واشتكى لوالدته لم تجبه إلا بقولها : (عليك بطاعة جدتك) . وقد جاء فى أقوال أمه أن ابنها لم يكن يسمح له بجلب كلب إلى الدار ، وأن هذا كان يحنقه أشد الحنق ، قالت : (وإذا دهمته جدته يقطف زهورا أو يحفر فى الحديقة ضربته ونهرته ونعتته بأنه طفل مقلق متعب) .

ولو نظرنا إلى هذا كله بعين الطفل لرأيناه أمرا باعثا على التضجر والتألم وإثارة الحنق والغضب ، فى حين أننا لو نظرنا إليه بعين الطبيب النفسانى ، لوجدناه مناهضة لميوله الطبيعية ، ومصادرة لرغباته وحاجاته ، وهذا خليق بأن يبث فى نفسه الشعور بانعدام الأمن ، وهو شعور يؤدى به إلى صراع نفسى يتخذ مظاهر

تلك العوارض التى تضمنها تقرير والدة الطفل . وقد وضحت اللجلجة — أول ما وضحت — بوصفها مظهراً لمرض نفسانى ، حين بلغ المصاب الخامسة من عمره ، وبدأت على هيئة حركات انقباضية ذات طابع اهتزازى فى عضلات الكلام وأعضائه .

والسؤال الذى يبرز لنا الآن مما تقدم هو : ما هو التفسير السيكلوجى لهذه الحركات الانقباضية ؟

قد يكون فى وسعنا اعتبارها نتيجة لصراع بين رغبتين قائمتين فى ذهن الطفل : صراع بين ما يريد أن يفعل ، وما يباح له أن يفعل . فهذه النزعات والميول الديناميكية إذ تمثل أمام ذهن الطفل ، وهو يناضل ويكافح أهدافاً متضاربة فى آن واحد ، قد تستغل ما فى نطق الطفل من عيوب والتواءات تميز بها كلامه منذ طفولته الأولى ، مع ملاحظة أن هذا الطفل المصاب كان يتعذر عليه نطق حرفى السين والشين ، فتتيح له ملجأ صالحا للتنفيس الانفعالى . ويمكن أن نقول — زيادة فى الإيضاح — إن صعوبة كهذه لدى الطفل فى نطق بعض الأصوات نطقاً سليما توحى بأن هناك عدم توافق بين أعضاء النطق عنده ، وهذا كما أرى من شأنه أن يسهل تركيز التنفيس الانفعالى الناجم عن صراع الطفل النفسى ، وهو ذلك الصراع الذى مهدت له بيئته العائلية سبيل اتباع أهون الطرق مسلكا ، وأقلها مقاومة ، وأعنى بذلك ميكانيزم الكلام المعيب .

أما العامل الاستعدادى فى هذه الحالة فنراه ماثلا فى أمه ، فقد كانت أثناء غيبة زوجها فى الحرب جانحة إلى الانزواء والنفور من المجتمعات ، مستسلمة للكآبة والقلق والجزع وشتى الانفعالات ، فأغلب الظن أن ما ساور أمه من هذه النوازع قد انعكس أثره على الطفل فانطبع على شكل ميول وصفات انتقلت إليه بتأثير البيئة .

وهناك حالة أخرى نجم شعور عدم الأمن والطمأنينة فيها من غيرة الطفل ، هى حالة تصلح لأن نمثل بها عدة حالات متشابهة : ف .. غلام فى الثانية عشرة لم

يتمتع منذ فجر طفولته بصحة جيدة ، وهزيل العود إذا قيس بسنه ، ذابل العينين كأنما يؤرقه سهاد مرير ، لازمه هذا السقم إلى الرابعة من عمره ، فخبا نشاطه وذوت حيويته ، حتى لقد كان إذا ألم به نصب ، أو فرغ إلى نفسه ، قبع فى ركن وراح يلعق إصبعه ، وجاء فى بعض التقارير : أنه كان لا يكاد يأخذ حظا يسيراً من اللعب حتى يدب فيه الإعياء ويدركه السأم . كان أبوه عاملا ، أما أمه فقد هربت مع رجل آخر ولما يبلغ ف ... سن الثالثة ، وقد أقلقه هجران أمه وبرح به غيابها ، فكان لا يفتأ يسأل عنها وعن عودتها ، فلما تزوج أبوه امرأة أخرى ، أيقن الطفل أن أمه قد ماتت لا محالة ، فضاعف هذا فى كربه وحزنه ، وتنكرت له زوجة أبيه وراحت تسىء معاملته ، وتضيق بإقامته فى الدار ، فزاد ذلك ألمه وشقاوته ، واقترحت أن يبعث به إلى جدته لأمه لتتولى كفالته ، فهجس فى نفس الغلام أن مركزه فى الدار بات مزعزعا قلقا ، وخالطه شعور بأنه غدا مخلوقا بغيضا مضيعا ، وثالثة الأثافى أن زوجة أبيه رزقت بطفل ، فتأججت فى صدره نار الغيرة من هذا الذى « ينال دائما كل ما يشتهى » على حد تعبيره ، فكانت هذه الغيرة الآكلة ينبوعا لا ينضب من البغضاء والمقت والكراهية لامرأة أبيه من جراء هذه المحاباة ، والتفريق فى المعاملة ، وكان كثيراً ما يتربص بأخيه الطفل عسى أن ينال منه منالا ، فلا تمكنه أمه من بلوغ أمنيته . قال ف .. ذات مرة : « وشد ما كان يخنقنى هذا ويثير غيظى وسخطى » . قلت:فلم لم ترفع شكاتك لأبيك فينتصف لك .؟ قال متنهدا:« كرهت أن أفعل ذلك ولو فعلت لكان خليقا أن يجر علىّ المتاعب ، فما كان أبى ليلقى بالا لشكواى » .

والمغزى الخطير المستفاد من هذه المحادثة الوجيزة أن الطفل يكن لأبيه غلا عظيما وغيظا يعج به صدره الصغير ، فهو حاقد على زوجة أبيه ، ومتبرم بتعذيبها له ومحاباتها لأخيه الصغير .. ثم هو ناقم على أبيه الخانع المستكين استخذاءه لزوجته وصم أذنيه عن سماع ظلاماته ، وكلما أمعن أبوه فى خذلانه وفى الامتناع عن حمايته والانتصاف له من زوجته البذيئة السليطة ، ازداد الطفل جفوة لأبيه

وكراهية وحقدا عليه. وكانت مغبة ذلك أن دأب الطفل على الفرار من البيت، وكلما أعيد عوقب بالضرب المبرح، فما أن ناهز الخامسة من عمره حتى اشتدت ضغينته على والده وزوجته التى ظلت سادرة فى قسوتها عليه، وإرهاقه بما لا يطيق من الأعمال، فمن ذلك أنها عهدت إليه ابتياع حوائج البيت قبل ذهابه إلى المدرسة، فإن خاب فى بعض مهامه اشتطت فى لومه وتأنيبه ووصمته بأنه « لا يصلح لشىء.. »، فكان من نتيجة ذلك أن فقد الطفل ثقته بنفسه، وسعى لكسب رضا زوجة أبيه، فجعل ينفق أوقاته فى غشيان الأسواق وارتياد الحوانيت بحثا عن أفضل السلع، فأدى هذا إلى تخلفه عن مواعيد مدرسته، فكان من أجل ذلك هدفا للّوم والتأنيب، كما أنه كان ينعت بالإهمال والتردد.

وقد جاء على لسان زوجة أبيه مرة: أن ... ف ... دأب على أن يجوس خلال غرف الدار التى لا يسوغ له دخولها، فكان هذا يحنقها عليه ويغيظها منه. ولا شك أن معظم الأمهات لا ينكرن من أطفالهن مثل هذا المسلك ولا يضقن به، ولكن زوجة أبى الطفل، النكدة المتربصة لحركاته وسكناته، لم تكن لتغضى عما تغضى عنه الأمهات، فهذا التجنى والترصد لروحاته وغدواته قد زاد شعوره بفقدان الأمن والطمأنينة شدة وتوترا، فبات يرى حياته المنزلية جحيما لا يطاق، وحسبه عذابا أنه كان لا يجرؤ حتى على مجرد بث شكواه وما يعتمل به قلبه من كرب وبلاء. لعل بعض ذلك يرجع إلى خوفه من الوقوع تحت طائلة العقاب، وبعضه الآخر يرجع إلى خشيته من إضاعة العطف الذى كان ينشده ويرتجيه، وهكذا بدأ يداخله الشعور بأنه مذنب، وراح ينثر كنانة سريرته باحثا عما عسى أن يكون مستقرا فى طواياها من أخطاء وذنوب.

من حالة هذا الطفل يلوح أن شعوره بالذنب والإثم قد ازداد واشتد بما كان يخالطه من خوف الاستهجان والاستنكار، فما من شىء صدر عنه إلا كان مستوجبا للنقد والتنديد، وما من مطلب له إلا كان نصيبه الرفض والإباء. وفى

هذا تقول « C. Horney »[١] : « إن طفلا يترعرع فى جو ينمو فيه الخوف أو الإحساس بالإثم أو الكراهية خليق — فيما يبدو — أن تنتابه نزعات عدوانية » إن رأى (هورنى) السابق يفسر مسلك هذا الطفل فى مدرسته، فقد كان شكسا، عربيدا يركب زملاءه الأطفال ويعاملهم بالأذى والعدوان، فيمزق كتبهم ويلوث بالحبر ثيابهم وفى أثناء محادثته بالعيادة لا يكاد يستقر على حال من الأحوال، إذ كان مضطربا كثير الحركات والإيماءات، بل كان فى بعض المواقف يفقد سيطرته على صوته وتلك هى بلا مراء عوارض المرض النفسى.

أما اللجلجة فلم تظهر بوادرها على ف ... إلا حين بلغ السابعة، وكان ذلك فى إبان الحرب. وإنى أميل إلى تفسير ذلك بأن الذعر من الغارات الجوية التى كانت تهدد (لندن) فى تلك الآونة، قد أنقصت من قوة ذاته الدفاعيّة (decreased the control of the defensive forces of his ego) المسيطرة على بعض الرغبات المضادة، وأعنى بها رغبته الجامحة فى الانتقام من زوجة أبيه، وخوفه من العقوبة إن هو أقدم على الانتقام. وقد كان نتيجة ضعف ذاته الدفاعية (ego)، أن ظهرت تلك الرغبات المكبوتة على شكل اهتزازات ذات طابع ترددى. ومما ساعد على تركيز العارض فى ميكانيزم الكلام فى هذه الحالة، أن ف ... كان منذ نعومة أظفاره أبح الصوت، بطىء الكلام.

ولعل فى وسعنا أن نذهب إلى أن ضعف بنية الطفل فى حالتنا هذه، قد يعتبر عاملا استعداديا لنشوء المرض النفسى، ولكن ليس فى مقدورنا أن نجزم: أى العاملين كان أعمق أثرا وأشد مفعولا، أهو عامل البيئة؟ أم عامل البنية؟ ولكن مما لا ريب فيه أن كلا منهما قام بدوره.

* * *

بيد أن هناك طائفة أخرى من حالات هذه الجماعة التى أقمت عليها بحوثى، تبين منها أن الصراع النفسى قد جاء — فيما يلوح نتيجة لشعور عدم الاطمئنان

---

(١) C. Horney The Neurotic Personality of our Time (1947)

الناشئ عن الافتقار إلى دفء العطف والحنان ، ذلك الدفء الذى يصبو إليه الطفل وتهفو إليه نفسه ، وإنى لمورد هنا حالة جديرة بأن تكون مثلا نموذجيا لذلك :

فهذا د .... ، طفل فى ربيعه التاسع وأكبر إخوة أربعة . أجلى عن داره لدواعى الحرب وَرُحِّل إلى الأقطار الإرلندية ، وكان يومئذ فى الثالثة من عمره . فما لبث أن برحت به لواعج الفرقة عن الوطن ، وأدنفه الحرمان من عطف الوالدين ، إذ كان قد أنزل فى دار من دور الحضانة ، كفلته فيه امرأة مسنة من سن جدته ، وصفها د .... ذات مرة بأنها « امرأة عجوز » . فلما سئل عما يعنى بذلك ، قال : « إنها تعيش وحيدة فى عزلة » . وقد روى فيما روى أن المرأة جرت على أن تحبسه على انفراد حين تخرج لتستبضع فى السوق ، وأنها كانت تتوعده بشمعة مشتعلة إذا تبول فى فراشه . قال د ... وكان هذا يلقى الرعب فى قلبى ... ولطالما بكيت عسى أن يردونى إلى أبوى ، فما كنت أحظى إلا بذلك الرد المعهود « لقد لقى والداك حتفهما » !

ولم يتح للطفل فى مهجره أن يخالط أطفالا فى سنه ، وقد روى أنه كان يؤم الدار بين الفينة والفينة ، عجائز يخضن مع عجوزه فى فنون من الأحاديث ، يقول : « ولم يؤذن لى حتى بمجرد الإصغاء إلى أحاديثهن ... إننى عالم بأنهن كن يتحدثن عنى » !

فهذا الجو المخيف المريب المحيط به فى مقامه العتيد ، مع ما كان يعتريه من شوق وتحنان إلى الحدب والعطف ... كل أولئك قد رسم للطفل مسلكه ، وحدد موقفه إزاء دار الحضانة التى كان يعيش فيها ، وهذا الوجل الطاغى ، وهذا اليأس الغامر ، وتلك الوحدة المرهقة ، قد تضافرت كلها على أن تبث فى روعه مشاعر فقدان الطمأنينة وانعدام الأمان ، وعدا هذا وذاك ، فإن الطفل المسكين لم يجد حوله ناساً يطابق بين هويته وهويتهم ، أو يقارن بين ذاته وذواتهم ، فما لبث أن أضاع ثقته فى نفسه ، وسرعان ما اختل اتزانه النفسى اختلالا ظهرت آثاره فى

أشكال شتى ، منها شدة حساسيته للنقد والتبكيت ، وسرعة إجهاشه بالبكاء لأتفه نصيحة أو ملام .

ونحن فى حالة كهذه ، لنا أن نعتبر اللجلجة « ظاهرة تنفيس انفعالى » نظراً لما اعترى الطفل من فقدان الاتزان النفسى على أثر انعدام طمأنينته من جراء انفصاله عن والديه ، ولقد لوحظ (العارض) لأول مرة عندما بلغ الطفل الخامسة من عمره وكان ذلك عقب أوبته من غربته وانضمامه إلى والديه ، فقد أسقط فى يده ، إذ لم يجد فى البيئة الجديدة ، ما كان يتوق إليه ويمنى النفس به ؛ فوالده قد عاد من الميدان محترق الذراع ، ولم يلق منه ما كان يؤمل أن يلقى من عطف وحنان ، بل ألفاه ضيقا بإصابته ، برما بالحياة . حتى أمه صرفها انهماكها بأطفالها الآخرين عن إرواء ظمأ قلبه الصادى المتعطش إلى الحب والحنان ، فلما لم يستطع أبوه وأمه أن يحبواه بما كان يرجو من رعاية وعناية ، بدأت اضطراباته العاطفية تتزايد وتتفاقم ، وأخذت تعتوره أعراض نفسانية كالملل والنزق وسرعة الاهتياج والإعياء والكلل ، وبجانب تلك الأعراض ظهرت أعراض أخرى ، كتضاؤل شهوة الطعام ، وهبوط الوزن واضطراب النوم ، والأحلام المزعجة ، والتبول غير الإرادى وقضم الأظافر .

وقد وصف ناظر المدرسة الطفل بأنه تلميذ مجد ، جمّ النشاط ، محب لمعلميه ، مولع بهم ، ولكنه عزوف عن مخالطة رفاقه من التلاميذ .

ولم تسفر التحريات عن أن فى تاريخ الوالدين شائبة من مرض نفسى أو الجلجة ، بل كانا من الوجهة النفسية على أتم صحة وعافية ، وعلى ذلك ، فلنا أن نعزو الباعث الاستعدادى فى حالة هذا الطفل إلى ضعف بنيانه الجسمانى .

وهناك حالات أخرى من حالات النزعة العداوانية لا تكون موجهة إلى الوالدين كما فى حالة ف .... (انظر ص ١٨٠) الآنفة الذكر ، بل موجهة إلى المجتمع جملة كما فى الحالة التالية ، فلا ريب أن طفلا يشب فى مجتمع يسوده الرعب والفزع لن يكون له من الشجاعة ما يمكنه من التماس مودة الآخرين والألفة

معهم، ذلك لأنه على حد قول (C. Hotney) يكون قد « أضاع نعمة اليقين والثقة فى أنه شخص مرغوب فيه، وبات يحمل مجرد الاستفزاز البرىء على محمل النبذ والإقصاء واجفاء المرير، ويصبح إيصال الأذى إليه أهون منالا ويغدو أقل مقدرة على الذود عن نفسه » : وإليك مثالا فى ذلك :

لاجئ من اللاجئين اليهود الذين نزحوا إلى إنجلترا فى مستهل نشوب الحرب العالمية الثانية، مات أبوه فى الحرب، أما أمه فقد ساورها عليه قلق وهم، إذ كانت قد ثكلت ولدين قبله، فلما بلغ الخامسة ألحق بالمدرسة، فما هى إلا فترة من الزمن، حتى تغيرت أطواره وتبدلت أحواله. وكان يغيظه ويضايقه أن يلقبه رفاقه « باليهودى » فتنازعه صراع نفسى من جراء تلك المعاكسات والمناكدات، وظهرت بوادر هذا الصراع باجتنابه تناول الطعام فى ملأ من رفاقه بقاعة الطعام .. وقد يكون مرجع ذلك إلى إلى اعتياده ألوانا من الأطعمة اليهودية، فآثر أن ينأى عن مجالستهم إلى موائدهم، على أن يبدى أمامهم عدم استساغة ما يقدم إليه من أطعمتهم. وقد أثار سلوكه هذا لغط رفاقه التلاميذ، واستغرابهم حاله.

وعندى أن هذا كله قد ولد فيه شعورا بالخطأ، فإحجامه عن موائد الوجبات المدرسية، وسبهم له، ورميه باللقب المعهود، قد أدخل فى روعه أن به خطأ وعيبا، وأن بينه وبين رفاقه بونا واختلافا. وقد لوحظ عدا ذلك أنه كان يميل فى حجرة الدراسة إلى الصمت، ويخشى أن يتوجه بالأسئلة إلى معلميه، ويعتريه الخجل إن خاطبه أحدهم.

وهذه الحالة فى نظر المعالج النفسى هى حالة من الحالات النفسية Negativism للنزعة العدوانية التى يعامله بها الغير. فالطفل حين رأى نفسه نهبا لأنظار من حوله فى المدرسة بسبب دينه وسلالته، لجأ إلى حماية نفسه تارة بالصمت، كما كان يفعل فى حجرة الدراسة، وتارة أخرى بالامتناع عن الأكل، كما كان يفعل فى حجرة الطعام. وكانت عقبى هذه (السلبية) أن اشتدت ثورة اهتياجه العاطفى

الكامن فى أعماقه ، فانطبعت تصرفاته بطابع الكراهية للمدرسة ، والنفور منها . وقد قررت أمه فيما قررت أن طفلها رجاها مرة أن تغير اسمه ليكف إخوانه عن تسميته « باليهودى » .

وقد ظهرت بوادر اللجلجة فى هذا الطفل حين بلوغه السابعة من عمره متخذة شكل تشنجات اهتزازية (Clonic Spasms) . ويمكن تفسير المغزى الديناميكى لهذا العارض بما يلى :

نشب فى نفس الطفل صراع بين نزعتين عاطفيتين هما : الخوف والغضب . أما الغضب فمن مشاكسة رفاقه له ، ومسلكهم العدوانى إزاءه ، وعجزه عن الثأر لنفسه منهم . وأما الخوف فمن خشية وقوعه تحت طائلة المؤاخذة أمام السلطات المدرسية إن هو أقدم على الثأر ، فيبدو من ذلك أن الصراع بين هاتين النزعتين قد أشاع الاضطراب فى ذهن الطفل ، وزاد فى قلقه وتوجسه ، ثم نشأ بعد ذلك باعث أوهن من الميكانيزم الدفاعى لذاته (The defensive mechanism of his ego) .

فقد روت أمه أن سيارة دهمت الطفل قبيل ظهور اللجلجة ببضعة أسابيع ، ومع أن الحادث لم يخلف بالطفل أذى جسمانيا إلا أنه روعه ترويعا بالغا ، ونحن إذا عقبنا على هذا الحادث ، فلا نرى له معقبا إلا قول (Fenichel) : « إن اشتداد وطأة القلق قد أخل بكفاية ضوابط ذاته ، وهى الضوابط التى كانت تسيطر على نزعتيه العاطفيتين »(١) . ثم برزت آخر الأمر اضطرابات ميكانيزم الكلام على صورة عارض جسمانى لذلك الصراع النفسانى الذى أفلت الآن زمامه .

وقد يعزى اختيار العارض فى حالة هذا الطفل إلى أنه جيء به إلى إنجلترا ولم يكن قد استتب له النطق بلغة مولده ، فتجاذبت ملافظه ألوان من الصراع . نشأ عن ممارسته لغتين فى آن واحد « الألمانية والإنجليزية » فعسى أن يكون هذا هو السبب فى تركيز العارض بأعضاء النطق بالذات .

* * *

---

(١) Fenichel, O.: The Psychoanalytic Theory of Neurosis 1945.

فى هذه الحالات الأربع التى أسلفنا ذكرها قد يكون فى وسعنا أن نسلم بأن التغيير المفاجئ للبيئة قد لعب دوراً ذا شأن فى تكوين أسباب الصراع النفسى، وظاهر من استعراض تلك الحالات أن تأثير تلك العوامل البيئية نشأ فى إبان طفولة المصاب المبكرة، قبل ظهور عوارض اللجلجة، وكانت هذه العوامل البيئية تجىء على عدة صور، فمنها كبت رغبات الطفل المختلفة كما هو ظاهر فى حالة الطفل ج ... (ص ١٧٨). ومنها مسلك الطفل العدوانى إزاء زوجة أبيه وغيرته من أخيه لأبيه كحالة الطفل ف ... (ص ١٨٢) ومنها فراق الطفل لوالديه، فراقا طويلا كما وقع الطفل د ... ، ومنها شعور الطفل بالعداء نحو المجتمع كما جرى للطفل اليهودى.

وهناك عدة عوامل بيئية فعالة أخرى كان لها تأثير فيما يبدو فى صب شخصية الطفل وخلقه، ومن هذه العوامل:

ظروف الأسرة المعيشية الاقتصادية، وإفراط الأم فى محاباة ولدها، وإسرافها فى حمايته، وعلاقات الوالدين ومسلكهما العائلى، وصرامة الأب وشدته.

بيد أن هنالك أمثلة أخرى تجلى فيها أثر الشعور بعدم الأمن فى تكوين اللجلجة، ولكن العامل الاستعدادى كان فيها أكثر بروزاً مما تبين فى الحالات الأربع التى سبق بيانها. وسنورد لك مثلين: أولها أمكن فيه اقتفاء أثر اضطرابات الطفل النفسية، فإذا مصدرها مسلك أبيه الذى كان مصابا ببعض حالات الذهان (مرض عقلى)، أما المثل الآخر فكان منشأ مشكلة الطفل فيه الإسراف فى حمايته ورعايته فى البيت إسرافا لا يلائم خشونة الوسط المدرسى، على أن النزعة الاستعدادية (predisposing factor) لم تكن فى الحالتين من طبيعة واحدة، ففى الأولى كان مردها إلى نزعات طبيعية (temperamental) ورثها الطفل عن أبيه، فى حين أن مرجعها فى الثانية سقم بدنى أصاب الطفل فى فجر طفولته، فأوهن قواه الحيوية وأربك نظام حياته وصيره فى وضع استطاعت معه العوامل البيئية أن تسبب له مرضا نفسيا.

والمثل الأول حالة طفلة فى ربيعها العاشر ، تبين من التقارير أن أباها أودع مستشفى الأمراض العقلية مرتين للمعالجة ، وعند خروجه من المستشفى ، بقى تحت الملاحظة بسبب عنفه وهياجه : فمن الجلى إذاً أن الرجل كان ذا مزاج عصبى ، ودلت التحريات الأخرى على أن فى الأسرة استعدادا قويا للجلجة ، فعم الطفلة وجدّها لأبيها كانا مصابين باللجلجة ، كما تدل حركات الأم على أنها غير متزنة الأعصاب .

وبدت على الطفلة منذ نعومة أظافرها بوادر التقلب واضطراب المزاج ، ثم مالبثت أن تفاقم حالها بسبب خوفها من أبيها وكان حال الأسرة مزعزعا ، وكيانها مقلقلا . وقد أبان اختبار تداعى المعانى الذى وضع قواعده الدكتور وليم بويد بالعيادة النفسية العصبية الملحقة بجامعة جلاسجو ، أن الطفلة كانت تخاف أباها ، حيث ظهر من الاختبار ، عند ذكر كلمة (أب) أن كان زمن الرجع ٢٧ ثانية ، فهذا الخوف ، وتلك المناهضة للخوف قد مهدا السبيل لاتجاهات صراعية ، كانت هى العلة فيما انتاب الطفلة من قلق وتوجس ، وقد جاء فى أقوال الطفلة عن أبيها ما نصه : « إن أبى وأمى لا يفتان يتشاجران على الدوام ... إن أبى يشرب الخمر بوفرة ، وهذا يشقى أمى ويزعجها ... إنى أخافه ... والكل يخشونه ... إنه عنيف حاد الطباع ... والآن أكاد لا أبادله كلاما ... » .

مما تقدم يمكننا أن نفترض أن هناك عامل خوف كامن فى نفس الطفلة ، أفسد مزاجها وزلزل أعصابها ، فأبوها الذى أدمن معاقرة الخمر كان مصدرا لرعب طفلته ، أما زوجته المطواع اللينة فقد كانت تعيش على مضض البلوى ، وقنعت بندب حظها العاثر .

وقد اقترن بهذا العامل الاستعدادى عامل آخر ، هو محاولة الأم تدريب طفلتها على الكتابة بيدها اليمنى ، فلما عجزت الطفلة عمل أبوها على أن يقسرها على ذلك قسرا ، فأدى اجتماع هذين العاملين فيما يبدو إلى نشوء اللجلجة التى لاحت بوادرها أول ما لاحت قبل إلحاق الطفلة بالمدرسة .

وقد دل تحليل ما توافر من الحقائق والوقائع القليلة فى هذه الحالة ، على أن الاستعداد المزاجى عند الطفلة قد قام بالدور الأكبر فى استفحال العلة النفسانية وتفاقمها ، ولكن تتعذر الإبانة عما إذا كان ذلك قد آل إليها بطريق الوراثة أو بطريق البيئة العائلية المتأثرة باضطراب الأب العصبى أو بالطريقين معا .

أما المثل الثانى : فإنه يوضح الدور النسبى الذى يقوم به التكوين الجسمانى ، ويمكن اعتباره عاملا استعداديا آخر فى نشوء الاضطرابات النفسية . هذا المثل هو حالة طفل يبلغ من العمر تسع سنوات وثلاثة أشهر ، جرى وصفه على أنه طفل ذو نعومة ورقة ، تعوزه العناية الطبية الدائمة ، انتابته منذ فجر طفولته هذه الأدواء : التهاب الشعب والحصبة (دفعتان) ، والحمى القرمزية ، وذبحة خانقة ، وهى ضرب من أمراض الزور الأليمة ، ذلك عدا وعكات الطفولة المعتادة ، فهذه الأمراض العديدة التى تداولته قد أنهكت جهازه العصبى : وأوهنت مقاومته حتى غدا مرتعا خصيبا للتأثيرات البيئية الأخرى .

وقد لقى هذا الطفل من أمه بسبب سنقمه وهزاله واعتلال صحته الذى لازمه منذ صغره ، رعاية بالغة ، وعناية سابغة ، وزاد قلقها عليه بعد رحيل أبيه إلى الحرب ، فاشتدت لهفتها عليه ، وتضاعف اهتمامها به ، ومع ذلك لازمها شعور بالذنب ، إذ كانت تحس بأن زوجها حين يؤوب من الحرب سيوسعها لوما وتقريعا جزاء إهمالها وتقصيرها فى حق ولدها الوحيد ، بالرغم مما بذلت من جهد وما لاقت من عناء . وكلما استبد بها هذا الإحساس ازدادت بالطفل عناية واهتماما . وكلما ازدادت به عناية واهتماما اشتد تضاؤل ثقته بنفسه تبعا لذلك ، وكانت بداية شعوره بتضاؤل هذه الثقة يوم بعث به إلى المدرسة ، فألفى نفسه فى غمار بيئة تختلف عن بيئته العائلية اختلافا بينا .

وقد ذكر الطفل فى إحدى محادثاته ، أنه يكره المدرسة ويفر منها ، وَعزا ذلك إلى اعتداء الصبية الكبار عليه ، قال مستطردا : « وكنت إذا شكوتهم للمعلمة أعرضت عنى ولم تصغ لشكاتى » .

تلك حالة طفل غلبته على أمره قوة خارجية ، وزاد ضعفه البدنى خوفا من العدوان والأذى ، فلم يكن صراعه النفسى راجعا إلى افتقاره للحب والحنان ، بل إلى ما كان يكابد من عنت رفاقه بالمدرسة ومضايقتهم له ، وسخريتهم منه ، وعدوانهم عليه حتى بالضرب أحيانا .

على أنا نميل فى الوقت نفسه إلى الاعتقاد بأن مرد هذه الحالة النفسية ليس ظروف الطفل المدرسية القاسية وحدها ، ولا ظروفه العائلية وإفراط أمه فى رعايته وما جره عليه ذلك من إخفاق وعجز عن الاعتماد على نفسه فى مدرسته فحسب . بل يشترك فى ذلك ضعف بنيته بسبب العلل والأوصاب التى عصفت به وصيرته فريسة سهلة لمختلف العوامل البيئية الأخرى .

وقد لوحظت اللجلجة فى الحالة السالفة الذكر حين بلغ المصاب السادسة من عمره ، ويلوح لى أنه بعد أن أصيب بها راح يستخدمها بمثابة « ميكانيزم دفاعى » (defence mechanism) أو بعبارة أخرى « إجراء هربى » (fight reaction) يعفيه من مواجهة الحقائق ، فكأنه إذ توسم فى نفسه الضعف ، ورأى من عدوان رفاقه ما رأى ، لجأ إلى اللجلجة كوسيلة يتوصل بها إلى استدرار عطف مضطهديه وإشفاقهم .

وفى الحالتين الأخيرتين كان تأثير العامل الاستعدادى أعمق غورا مما رأينا فى حالة ج (ص ١٧٨) أو حالة د (ص ١٨٤) أو الطفل اليهودى (ص ١٨٦) ، ففى حالة ج ، مثلا ، انحصر العامل الاستعدادى فى أمه الخجول المعتزلة المجهدة التى أضنتها غيبة زوجها فى الحرب ، وهدت أعصابها . أما فى حالة د ، فلم يستدل من تاريخ أسرته على أثر لعلل عصبية أو إصابة بلجلجة . ولم تبد على أبيه حدة الخلق ، وضيق الصدر إلا بعد عودته من الحرب . أما الطفل اليهودى ، فإنه لم يعرف إلا القليل عن أبيه الذى كان قد توفى قبل فحصه بقليل من الزمن ، ولكن موت أخويه فى سن مبكرة يوحى بأن فى سلالة الأسرة ضعفا بدنيا موروثا . لقد كانت أمه موفورة الصحة ، ولكن الضعف ربما يكون قد آل إليه عن طريق أبيه الذى لم يتح لى أن أعرف عنه إلا النزر اليسير .

ففى هذه الحالات الثلاث قامت أدلة على وجود عنصر استعدادى ، ولكنه لم يبلغ من وضوح الأثر ما بلغ فى حالة الطفلة المبينة (بالصفحات ١٨٨ ، ١٨٩ ، ١٩٠) حيث كان أبوها مصابا بعلة عصبية ، وعدا ذلك كان فى الأسرة استعداد قوى للجلجلة ، إذ كان عمها وجدها لأبيها مصابين بها ، أما فى الحالة الأخيرة (ص ١٩٠) فيبدو أن عامل الاستعداد كان يرجع إلى ضعف بنية الطفل أكثر من أى شيء آخر ، فقد دلت التقارير الطبية على أن الطفل كان رقيق الحس ، مترف المزاج ، تعوزه عناية طبية مستمرة .

ومع ذلك فمن الخطل اعتبار هذه العوامل الاستعدادية أسبابا قاطعة لنشوء الأمراض العصبية ، وفى هذا يقول (جون مورجان) : « حتى لو كان بالطفل استعداد من الوجهة الوراثية . فلن يكون لهذا الاستعداد تأثير ما لم تتوافر له الشروط البيئية » .

الفئة الثانية :

فى سائر الحالات الست الباقية ، وهى قلة ضئيلة فى جماعة من المصابين باللجلجة التى باشرت علاجها ، ظهرت عوارض أمراض عصبية لم يكن السبب المباشر فيها قيام مشاعر عدم الأمن والطمأنينة بسبب تقصير والديهم فى تربيتهم التربية الصحيحة الرشيدة ، كما حدث فى الفئة الأولى ، بل كانت ترجع إلى إصابات فجائية قاسية أشاعت فى نفوسهم أحاسيس القلق والتوجس .

لنا إذاً أن نقرر هنا أن الأسباب فى هذه الحالات القليلة لم تكن نتيجة ما كابد الطفل من تجارب فى مستهل طفولته ، بل نتيجة لما حصل فى حالته الراهنة ، إذ الواقع أنه ما من مصاب من هذه الفئة إلا روعه موقف عصيب أذهب نفسه شعاعا ؛ ويبدو لنا أن الذى يقع للطفل فى هذه الأحوال أن تنتابه عقب الحادث بقليل انفعالات نفسية تورثه مشاعر القلق والتوجس . وليست هذه المشاعر فى نظرنا ذات أثر طويل الأمد ، ولا هى ذات صلة بالبيئة العائلية أو المدرسية ، وهذا

الضرب من القلق والتوجس الذى يعترى الطفل يمكن وصفه بأنه صدمة نفسية مصحوبة بخوف استثارها عامل خارجى مفاجئ، أما القلق الذى ساور الفئة الأولى فهو تفاعل تدريجى مطرد النمو يزمن على الأيام، ويتحول إلى منبه مستديم.

ولما كانت للصدمة معقبات بالغة الأثر، فإن هذه المعقبات لا تلبث أن تمتد سيطرتها على الجهاز العضوى للبدن، وتبسط على وظائف الأعضاء، وتنشأ عن القلق الذى يتكون من حادث مفاجئ تفاعلات سيكلوجية، أكثرها سلطنة وسلطانا ما انصرف إلى حركات تلجلجية، تعترى عضلات الكلام. ولكن لماذا تنصرف أول ما تنصرف إلى هذه العضلات بالذات؟ الجواب على ذلك: أن هذا يرجع إلى أن عضلات الكلام تؤلف جزءا من أدق ميكانيزم يسيطر عليه الجهاز العصبى.

وإيضاحا لذلك نورد هنا حالتين نموذجيتين:

الحالة الأولى: غلام يبلغ عمره سبع عشرة سنة وسبعة أشهر، وهو أكبر إخوة سبعة ليس فيهم مصاب باللجلجة، مات أبوه منذ ٦ سنوات، أما أمه فامرأة عصبية جدا من طراز أولئك الذين يهبون من رقادهم مذعورين لأقل حركة. وكانت صحة الغلام فى صدر طفولته جيدة، ولم يصب إلا بالحمى القرمزية فى الخامسة من عمره، وبجدرى الأطفال فى السادسة، وقبل أن تعتريه اللجلجة كان على أحسن ما يكون نفسيا وجسميا، ولم تظهر عليه فى سنى طفولته بوادر استعداد للقلق، كما دلت التحريات والفحوص على أن الغلام لطيف المعاشرة أليف، مولع بمدرسته، محبوب من زملائه ومعلميه لذكائه ودماثة خلقه، وكان أبواه يفخران به ويكبران فيه سجية اعتماده على نفسه، ويعدّانه مثلا يحتذيه إخوته وأخواته.

وفى هذه الحالة كان مرد القلق الفجائى النشأة، إلى الغارات الجوية العنيفة التى منيت بها إنجلترا فى مستهل الحرب الأخيرة، فقد حدث فى شهر مارس عام ١٩٤١، وكان الطفل يومئذ فى الحادية عشرة، أن شنت على الحى الذى يقيم فيه

غارة جوية شعواء استمرت زهاء ثمانى ساعات ، ولما بدأ الإنذار بالغارة فى التاسعة مساء هرعت الأسرة إلى الطابق السفلى من البيت ، واختبأت فى غرفة صغيرة ازدحمت بنحو اثنى عشر شخصا ، وحدث أن سقطت قنبلة على مقربة من البيت فانهار نصف بنائه ، فاضطروا إلى ترك مخبئهم والالتجاء إلى مكان مواجه للبيت ، فما أن استقروا فيه حتى تداعى هو الآخر ، ولحظت أمه أثناء هذا الهول أن اثنين من بنيها قد فقدا ، فاختلت من فرط الجزع واللوعة ، وخف الأب إلى البيت يتفقدهما فلم يعثر لهما على أثر ، واشتدت بعد ذلك وطأة الغارة ، وظل سيل القنابل ينهمر على المدينة بلا انقطاع ، وبدا للأسرة أن الاحتماء بجسر السكة الحديد آمن فى عقباه ، فخرجوا من مكمنهم واندفعوا مهرولين ، وراح الأب يستحث الطفل على الجرى وحملت الأم طفلين من أولادها على كتفها . قالت الأم : « فلما بلغنا الجسر رأينا جموعا من الناس حاشدة هناك ، وأذكر أننى رأيت بينهم امرأة مهيضة الذراع تئن وتتلوى من فرط الألم » .

وقد ظهرت اللجلجة فى الطفل توا عقب هذه الأهوال الجسام التى كابدها فى هذه الليلة ، وأدت إلى إشاعة مشاعر القلق ، ونظرا لجسامة الصدمة فقد اتخذت اللجلجة شكل تشنجات توقفية (tonic spasms) :

أما الحالة الثانية : فإنها لغلام فى الثانية عشرة . وحيد أبويه ، كان قبل أن يصاب باللجلجة طفلا ذكيا ، باسم الثغر ، مشرق الجبين ، وكانت أحوال تربيته العائلية عادية ، وأبوه على جانب وفير من رجاحة العقل وسعة الإدراك ، أحسنا تربية ابنهما ، وعنيا بصحته ، ونشآه منذ نعومة أظفاره على الاعتماد على نفسه . لم يلق خيبة ولا كبتا ، ولم يعوزه عطف أو حنان ، وكان أبوه رجلا حاذقا مجدا ، عمل فى أثناء الحرب بقلم المخابرات السرية ، وكانت أمه موفورة الفطنة والذكاء ، ملمة بعدة لغات ، ولم نستدل فى تاريخ العائلة على أثر للجلجة فى أحد أفرادها .

فلما بلغ الطفل الخامسة من عمره وقع له حادث ، فقد هوى على رأسه إلى قاع صهريج فارغ من الماء ، فغشى عليه برهة ، فلما فحص جسمياً لم يوجد بجمجمته أثر للكسر ، ولكن ثبت من التشخيص أن الطفل أصيب بارتجاج طفيف فى مخه فأدخل المستشفى ، وبعد أن مكث به أسبوعا أعيد إلى بيته معصوب الرأس ونصح الأطباء بعدم السماح له بمغادرة البيت حتى يتم برؤه .

وقد تبين من أقوال أمه أن اللجلجة قد ظهرت بوادرها عندما حمل إلى المستشفى عقب الحادث مباشرة ، وكانت ذات طابع اهتزازى Clonic Spasm .

المراجع

1. Ainsworth,S.
integrating Theories of Stuttering. Jour. of Speech Disorders,1945. 1945. Vol. 10, pages 205-210.
2. Bender, J, F.
The Personality Structure of Stuttering. New york, Pitman, 1939
3. Blumel, T. C.
Stammering and Allied Disorders. New york Macmillan, 1935.
4. Coriat, I. H
The Psychoanalytic Conception of Stuttering.
The Nervous Child, 1943, Vol. 2, pages, 101-171.
5. Hahn,E. H.
Stuttering : Significant Theories and Therapies, 1943.
6. Johnson, W.
Because I stutter, New york, D. Appletm-Century, 1930.
7. Kront, M. H.
Emotional Factors in the Etiology of Stuttering.
Jour. of Abnormal Psychology, 1936. Vol. pages 174-181.
8. West, R.
Pathology of Stuttering. The Nervous Ghild, 1943, Vol 2, pages 96-105.
9. Travis L. E.
Speech Patology, 1931.
10. Dunlop,K.
Stammering : Its Nature, Etiology. and Therapy, Jour. of Comparative psychology,1944 Vol. 37, pages 137-202.

الفصل العاشر

علاج اللجلجة

تمهيد

تختلف طرق معالجة اللجلجة باختلاف المذاهب والآراء فى أسبابها . ولكل طريقة من تلك الطرق مناهج وأساليب تغاير الأخرى مغايرة بينة ، فنحن نرحب اليوم بأسلوب علاجي ونتحمس له ، فإذا نحن فى الغداة ننبذه ونحل محله أسلوبا جديدا ، حتى ليصح أن يقال إجمالا : إن إخصائى علاج عيوب النطق والكلام ، لم يخوضوا تلك المعركة إلا فى جبهة متصدعة ، وصفوف متفككة .

وإنا نستهدف فى هذا الفصل من الكتاب ، شرح بعض الوسائل العلاجية للجلجة التى تستقيم وبحوث الفصل السابق من هذا الكتاب ، التى عالجنا فيها أسبابها وكيفية نشوئها . ونجمل هذه الأسباب فيما يلى :

١ — تظهر اللجلجة فى طور الطفولة المبكرة : والقاعدة فيها — على ما تبين من فحص الكثرة العظمى مما شخصناه من حالات — قائمة على أساس أنها حالة مرض نفسى ، تنشأ فى الطفولة ثم تستفحل مع الزمن ، وتتفاقم كلما كبر الطفل .

٢ — يكابد المصاب باللجلجة قلقا وتوترا غليظين مردهما — بصفة خاصة — إلى صراع نفسى ناجم عما ينتابه من شعور بانعدام الأمن والطمأنينة .

٣ — إذا هدد الاتزان العقلى بأى نوع من أنواع الصراع النفسى لجأ العقل فيما يلوح إلى الاحتماء بضرب من التنفيس أو الانطلاق الانفعالى ، وأغلب الظن أن هذه القوة الدافعة ، أى قوة الانطلاق الانفعالى ، قد تجد لها فى هذا العيب (اللجلجة) ملجأ ملائما للتنفيس .

٤ — إن اللجلجة باعتبارها عارضا لمرض نفسى يمكن حسبانها على هذا الأساس « ظاهرة تنفيس (أو انطلاق) » تركزت وتبلورت فى عضلات جهاز النطق إما فى صورة عارض اهتزازى Clonic أو عارض توقفى Tonic أو فى صورة العارضين معا .

٥ — إن أى عيب وظيفى فى ميكانيزم الكلام خليق ، فيما يظهر لنا ، بأن يهب المريض «ملجأ ملائما للتنفيس » يلوذ به ويحن إليه ، ولعل هذا يفسر لنا السبب فى أن مرضى الاضطرابات النفسية ليسوا جميعا ممن يشكون اللجلجة .

٦ — إن الطفل الذى يفطن إلى عيوب كلامه فى بواكير تكوينه ، ينشأ لديه تدريجا تهيج أو خوف من ممارسة الكلام . وهو تهيج لا سلطان له عليه ، وينشأ غالباً على نحو غير شعورى ، ويرجع ذلك إلى أنه جاء نتيجة ما كابد من تجارب ماضية . فهذه الحالة — حالة التهيج فى الكلام — هى العلة فى اللجلجة بنوعيها ، الحاد والمزمن .

وقد طوع لى ما اجتمع لدى من النتائج سالفة الذكر ، أن أستنبط لمعالجة هذا الداء طريقتين رئيسيتين ، هما[1] :

١ — العلاج النفسى المختصر (العادى) (Short Psychotherapy) .

٢ — العلاج الكلامى : Speech Therapy .

وقد أجريت قبل الركون إلى هاتين الطريقتين ووضعهما موضع الاعتبار ، بحوثاً عدة فى أوساط عائلية تضمنت تواريخ شاملة وافية ، وإحصاءات مستفيضة مفصلة عن كل حالات اللجلجة ، وتناولت حالة المصاب من الناحية العقلية والناحية البدنية ، وما يمارسه أبواه من مهن أو أعمال ، وعدد مخالطيه ، ومنزلتهم من الأسرة ، وأحوال الأسرة عامة ، ومستواها التهذيبى وأوان ظهور اللجلجة ، وأسبابها ، وشكل العارض فى أول ظهوره ، والوقت الذى تفاقم فيه ، وبلغ أشده ، والعوارض النفسية الأخرى ، وتطوراتها ، وما إلى ذلك من البيانات الدقيقة والتفصيلات الوافية .

وقد بذلت عناية خاصة فى استقصاء الظروف التى ترعرع فيها كل طفل من المصابين باللجلجة ، والكيفية التى عامله فيها أبواه : هل بولغ فى تدليله وأفرط فى

---

(١) يستعمل المؤلف مع الكبار من المصابين باللجلجة طريقة العلاج غير الموجهة . وسنفرد لها فصلا خاصا .

حمايته ، أم أنه درب على الاستقلال والاعتماد على النفس ؟ أم هو طفل حر طليق أبيح له أن يفعل ما يشاء وما يريد ؟ أم أنه طفل حبيس سجين ، غل والده نزعاته وميوله الطبيعية بأغلال وقيود ..؟

هل هو المفضل الأثير عند أحد أبويه أو كليهما ؟ إن هذا الإيثار — أو الحظوة — خليق أن يشعل نار الغيرة فى قلوب مخالطيه ويطوى صدورهم على الضغن عليه ، فإذا أرادوا الإعراب عن استنكارهم وامتعاضهم ، رموه بالإساءة والأذى، وبذا يزكو فى نفسه الشعور بفقدان الطمأنينة والأمان، وهو شعور إن توافرت له بعض الشرائط مهد السبيل إلى حالة من القلق تكثر به وتشقيه .

وهل هو طفل ربيب (متبنى بالتربية أو بالرضاعة) أو ابن غير شرعى ؟ إن طفلا هذا شأنه يساوره إحساس بأنه مخلوق لا رغبة فيه ، أو مستغنى عنه ، وهو إحساس يوغر صدره ، ويورثه الضراوة فى العداوة ، واللدد فى الخصومة .

هل أحد والديه — وهو الأب غالبا — يعامله فى صرامة وعنت وتدقيق ..؟ إن أخذ الطفل بمثل هذه الشدة من جانب الأب خليق أن يحمل الأم على التستر على بعض مآخذ الطفل وزلاته فى البيت أو المدرسة . ولا ريب أن هذا الدور — دور القط والفأر — الذى يلعبه الأبوان ويتخذانه منهجا لتنشئة طفلهما جدير أن يحيطه بجو ملىء بأسباب الحيرة والقلق .

هل فرّق بين الطفل وبين والديه لداع من الدواعى ؟

هل كان الطفل المتلجلج ضحية أسرة زعزعت أركانها المحن ، وأوهت بنيانها الخصومات ، ومزقت أوصالها الخلافات ؟

هل كان الطفل المتلجلج فريسة ظروف عائلية قاسية ، أو غلو زائد فى حمايته ، أو عسر مالى مضن ، أفضى غالبا إلى قلقلة حياة الطفل وسومه آلام الحرمان ؟

إن هذه الأسئلة وما جرى مجراها نعتبرها بمثابة الخطوط الرئيسية التى ترسمناها فى تجاربنا وأبحاثنا ، وقد تبين لنا من تحقيقاتنا التى أجريناها مع الآباء والأمهات عن تاريخ طفولة أبنائهم ، أن هناك نوعين من البيئة : إما بيئة فيها جموح إلى العدوان

ناشئ عن الكبت أو الظلم أو الإذلال أو الخيبة ، وإما بيئة بلغت من الرخاوة حد التفريط الذى يفسد على الطفل صلابته ، ويسلبه القدرة على الصمود لصروف الدهر وتقلبات الزمن .

وإنا لموردون فيما يلى طريقتى العلاج الرئيسيتين ، التى أشرنا إليهما آنفا ، وسنشفع ذلك بالإيضاحات اللازمة المستمدة من تواريخ الحالات :

طريقة العلاج النفسى المختصر

هذه هى الوسائل التى استخدمناها فى طريقة العلاج النفسى المختصر :

١ ــ طريقة اللعب play technique

٢ ــ التحليل بالصور Picture Discussion

٣ ــ اختبارات الشخصية .

٤ ــ مناقشة مشكلات المصاب باللجلجة مع شخصه ومع والديه ومع مدرسته .

٥ ــ الإيحاء Suggestion .

٦ ــ الإقناع Persuasion .

٧ ــ الاسترخاء Relaxation .

١ ــ طريقة اللعب

أسفرت هذه الطريقة عن نتائج مرضية فى اكتناه اضطربات الأطفال وتفهم أسبابها ، وكان ذلك واضحا بالأخص فى صغار السن من هذه المجموعة . وقد هدفنا من وراء استخدام هذه الطريقة إلى غرضين .

(أ) غرض تشخيصى Diagnostic

(ب) غرض علاجى Therapeutic

(١) الغرض التشخيصي

لقد يسرت لنا دراسة تصرفات تلك الجماعة ومسلكها أثناء تلهى صغارها بسلسلة من الألعاب ، الحصول على معلومات قيمة عما يعتور هؤلاء الصغار من رغبات مكبوتة ؛ وكنا نرجو أن نتلمس فى لغة اللهو واللعب سبيلا أو منفذا نلج منه إلى عالم الاضطراب العقلى ، ولكن الأمر جد شاق وعسير إن أريد الاضطلاع به عن طريق الأسئلة والأجوبة المباشرة ، لهذا جعلت همى الوحيد ، وأنا أشهد دورة اللعب التي نظمتها فى العيادة ، أن أقيم من نفسى رقيبا أرصد ردود الأفعال وأسجل بوادر الاستجابات . وقد أرخيت للأطفال العنان ، وتركتهم يلعبون أحرازا طليقين ، حتى إذا أمن الطفل عيون الرقباء ، وظن أنه بات بمعزل من الأبصار ، أرسل نفيسه على سجيتها ، ومضى يكشف عن ميوله المكبوتة وخوالجه المقموعة ، فأحصى عليه إذ ذاك ما أرغب فى إحصائه من حركات وسكنات واتجاهات وتصرفات .

ويجدر بنا إيضاحاً لهذه النقطة أن نستشهد بحالتين من الحالات التى عايناها : أما الأولى فحالة طفل فى الثامنة من عمره ، له أخت تكبره بثلاث سنوات ، وقد ثبت من التقارير أنها كانت متقدمة عليه فى المدرسة حذقا وذكاء ، فلما بدئ بمعالجة هذا الصبى بطريقة اللعب لأول مرة ، قذف « اللعُب » أرضاً وراح يحمل حملات متعاقبة على طفل آخر كان يتلهى بلعبة يبتغى بذلك انتزاعها منه . أما فى جولة اللعب التالية ، فقد أخذ يجيل طرفه ينفض « اللعب » بعينيه فى زراية واستخفاف بهذه الدمى الصبيانية « dolls » ، ولكنه ظل يدير عينيه مستعرضا طائفة منها (العرائس) مصفوفة فوق منضدة . فلما أطمأن إلىّ ، أخذ دمية تمثل أماً وبدأ يلعب بها ، وفى إحدى جولات لعبه تخير دميتين ، دمية تمثل أماً ، ودمية تمثل طفلا ، وشرع يلاعبهما ملاعبة أماطت اللثام عما انطبع عليه الصبى من الاتكال على أمه والركون إليها ركونا تاماً ، وكان مما ردده من العبارات التى ناجى بها دميته قول : « الطفل يريد أمه ، الأم تضع الطفل فى فراشه ... إلى آخره » . ثم ما لبثت الفحوص التى أجريت فى ضوء ما لوحظ على الطفل أثناء لعبه أن أسفرت عن أن معضلته ترجع إلى إفراط أمه فى رعايته وغلوها فى بسط حمايتها عليه .

(ب) الغرض العلاجى

لم تستخدم « طريقة اللعب » للإفادة منها فى أغراض تشخيصية فحسب، بل استخدمت أيضاً فى غايات علاجية فحققت فى هذا المضمار غرضين :

١ ــ إن المشاعر أو النزعات العدوانية التى توجه مُعالج الأطفال المصابين بالقلق النفسى أثناء إجراءاته العلاجية، تعوزها أداة تُعين على إظهار هذه المشاعر وتجسيمها فى جو من اللعب، وقد تبين أنه فى خلال ممارسة الأطفال المصابين باللجلجة ألعاباً حرة خالية من القيود، قد تبرز رغائبهم المكبوتة من ثنايا لعبهم، ولوحظ أنهم يعمدون فى سائر الأحوال تقريبا إلى إشاعة الفوضى فى لعبهم، ومهاجمة بعضهم بعضا وإثارة الصخب والضجيج والصياح، فهذا المسلك المتسم بالعدوان والعنف يلوح لنا كأنه عامل انطلاق لتوترات الطفولة المبكرة التى لا يستطيع الأطفال التعبير عنها بالكلام، ولكن لا يغيب عنا أن مجرد إبراز تلك الرغائب المكبوتة بطريق اللعب، قد لا تكون كافية للتخفيف من عبء كل مريض ومشاكله مادام أساس العلة باقيا، بيد أنه لا شك أن سياسة العطف والرفق التى يتبعها المعالج النفسى إزاء ما يتكشف له من تلك الرغائب المكبوتة، خليقة بأن توحى إلى الطفل الشعور بالحرية الكاملة فى الإفضاء بما يجيش به صدره من دواعى القلق والتوتر.

٢ ــ ولهذا الضرب من العلاج نفع آخر، فقد تبين أن الاشتراك فى اللعب بين المصاب باللجلجة ورفاقه الآخرين، أداة ناجحة لاستئناس المصاب، الذى تنحصر مشكلته فى قصوره عن تهيئة نفسه لأن يكون أهلا للانخراط فى حظيرة الأوساط الاجتماعية، فإذا تم ذلك وتوطدت مع التكرار أواصر الصداقة بين جماعة المصابين فى العيادة، امتدت جذور تلك الصداقة تدريجيا وشمل نشاطها ميدانى المنزل والمدرسة.

٢ ـــ التحليل بالصور

تبين لنا أن التحليل بالصور أكثر الطرق ملاءمة لصغار المصابين باللجلجة على مختلف طوائفهم، وكان له هدفان:

الأول: إنشائى Constructive، **والثانى**: تحليلى. أما الهدف الأول فقد وجد أنه من الضرورى تجنيب (المتلجلج) التفكير فى الظروف والمواقف التى أدت إلى إصابته بهذه الحالة النفسية التى مهدت السبيل إليها مسببات الاضطراب العقلية ومرجعها عادة إلى البيت، وكان أسلم طريق لإعفائه من استعادة تلك الذكريات المؤلمة له، هو استقاء المعلومات الضرورية من الطفل نفسه ولكن بأسلوب غير مباشر روعى فيه ألا يجابه مواجهة بأسئلة تتعلق بصلته بوالديه أو مخالطيه، فلما استوى لنا هذا الرأى عمدنا إلى استخدام (بطاقات سبيدول المصورة The speedwell Composition Cards) أساسا للتحليل. وتحوى هذه البطاقات صور للمناظر والمواقف والوقائع التى تروق الأطفال وتسترعى انتباههم، وهى مقسمة إلى عشر مجموعات متعاقبة متدرجة بحيث تلائم مدارك الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين السادسة والثانية عشرة.

وقد أفاد التحليل بواسطة بعض تلك الصور فائدة عظمى فى استخلاص طائفة من المعلومات القيمة المتعلقة بشخصية الطفل، وبصلاته بوالديه، ومخالطيه، وإليك أمثلة نموذجية مقتبسة من بعض الحالات:

المثل الأول:

طفل تبلغ سنه خمس سنوات وتسعة أشهر، شخصت حالته بأنها ناشئة عن مغالاة أمه فى حمايته وتعويدها إياه الاتكال عليها فى كل أموره، ومن ثم فقد ثقته فى نفسه. وقد كانت نتائج التحليلات التى أجريت بواسطة مناقشة الطفل بالبطاقات السالفة الذكر، مؤيدة هذا الرأى كل التأييد، ذلك أنه لما عرضت على الطفل صورة تمثل نعجة وحملا واقفين على حافة حفرة، علق على ذلك بقوله:

« الشاة الأم تقول للشاة الوليد حذارا!! »

وقد عرضت فى جلسة تالية على نفس الطفل صورة من تلك الصور التى تمثل غلاما سقط فى حفرة، وبعد أن أمعن النظر فيها قال: «ينبغى على أمه أن تأتى وتعينه».

وفى جلسات أخرى متتالية أبان الطفل كيف جرت أمه على أن ترافقه فى عودته إلى المنزل، وتتولى خلع ثيابه بنفسها، فلما سئل: أما كان فى سعته أن يفعل ذلك بنفسه؟ كان جوابه: وكيف يسعنى ذلك؟!!

وبالرغم من أن الحقيقة التى لا يرق إليها الشك، هى أن الطفل كان فى هذه الحالة يصف صورة لا علاقة له بها، إلا أن واقع الأمر يترجم عن مشاعره وخوالجه هو. لقد كانت أمه — لا أبوه — محور تفكيره وقبلة التفاته، وهى فى نظره المنوط بها تحذيره من المخاطر، والكفيلة بإنقاذه إن وقع فى المحظور، وهى التى ينبغى أن تلبسه ثيابه أو تخلعها عنه.

أما المثل النموذجى الآخر؛ فهو عن طفل فى ربيعه الثامن. وكانت الصورة تمثل صبية سائرة فى الشارع تدفع أمامها عربة أطفال، ورجلا من رجال البوليس يشرف على حركة المرور، وثمة رجلين آخرين، وقد دار بشأن هذه الصورة الحوار الآتى فى صورة سؤال أو جواب:

س: أمعن نظرك جيدا فى هذه الصورة وقل لى أين هؤلاء الأشخاص؟

ج: هم فى الشارع.

س: وماذا تفعل الصبيَّة.

ج: إنها تدفع عربة أطفال.

س: وكم يبلغ عمرها؟

ج: نحو عشر سنوات.

س: وما رأيك فى الصبيَّة!

ج: هى ترى من حقها أن تقف حركة المرور.

س : ولماذا يضحك هذان الرجلان ؟
ج : إنهما يضحكان من وجهها المتكبر الشموخ .
س : أتحب المتكبرين ؟
ج : كلا .

* * *

كان الطفل فى إجاباته هذه يصدر عن مقارنة قامت فى نفسه بين الصبية التى رآها فى الصورة وأخته التى كانت دائما تعيره وتسخر من نطقه المعيب .

وهكذا يرى جليا كيف أمكن استخدام طريقة التحليل بالصور فى كشف النقاب عن معضلة طفل مصاب باللجلجة ، تتصل أسبابها بوالديه أو بمخالطيه ، وكان ذلك بأسلوب روعى فيه ألا يفطن الطفل إلى مجريات الأمور .

ولم يقتصر نفع هذه الطريقة على بلوغ هذا الغرض التشخيصى ، بل تجاوزه إلى غرض أهم ، هو أن المحاورات التى دارت حول تلك الصور ، قد أتاحت للطفل فرصة يرد بها اعتباره الكلامى .

ويجدر بنا هنا أن ننوه أن أساس هذه الطريقة قائم على توجيه الأسئلة للطفل ، وهى أسئلة تحتاج إلى أجوبة معينة ، ونظرا لأن الطفل يكون أثناء انهماكه فى تدبر الردود مستغرقا فى فحص مشتملات الصور ، فإن انتباهه ينصرف إذ ذاك عن التفكير فى كلامه المعيب ، وهذا الانصراف فى ذاته خليق بأن يعينه على التكلم دون اضطراب أو لجلجة .

٣ — اختبارات الشخصية

يستطيع المعالج استعمال بعض اختبارات الشخصية المعروفة فى الكشف عن شخصية المصاب ؛ ولقد وفقت أثناء خبرتى العلمية إلى استعمال اختبارين من هذه الاختبارات للكشف عن اتجاهاته وانفعالاته ، ونظرته لنفسه ، وعلاقاته بمن حوله . وسنعرض فيما يلى لهذين الاختبارين : الأول اختبار موضوعى ، والثانى اختبار من الاختبارات الإسقاطية :

الاختبار الأول :

وضع (كـ . رودجرز)[1] هذا الاختبار حين كان عضوا فى مؤسسة توجيه الأطفال بمدينة نيويورك ، بعد أن قام بدراسات مستفيضة على نحو ٥٢ طفلا من الأطفال المشكلين ، وبعد أن درس كذلك ٨٤ طفلا عاديا من أطفال إحدى مدارس نيويورك العامة .

وقد كانت طريقته فى تقنين الاختبار أن طلب إلى رجال العيادة النفسية بمختلف اختصاصاتهم أن يوافوه بتقارير مفصلة عن كل طفل من هؤلاء الأطفال ، ثم جعل يقارن بين هذه وبين استجابات الأطفال فى هذا الاختبار ، فتبين له أن كل مظهر من مظاهر الانحراف فى هذه المجموعة من الأطفال يكون سببا فى أن يستجيب الأطفال فى هذا الاختبار على نحو خاص من الاستجابات بحيث يمكن أن يعد كل من يستجيب لهذا الاختبار على هذا النحو الخاص مصابا بهذا اللون من الانحراف .

ألوان الانحرافات التى يكشف عنها هذا الاختبار :

ثبت « لرودجرز » أن هذا الاختبار يفيد فى الكشف عن عدد من ألوان الانحرافات النفسية هى :

(أولا) الشعور بالنقص : إذ يوضح الاختبار على وجه التقريب ما قد يعتقده الطفل فى نفسه من قصور جسمى أو عقلى ، كأن يظن أنه أقل من قرنائه قدرة على الفهم ، أو أضعف بنية أو أقل ملاحة وأحط مقدرة .

(ثانيا) سوء التكيف الاجتماعى : فالاختبار يبين مبلغ حسن تكيف الطفل للجماعة التى ينشأ فيها وما بينهما من انسجام ، كما يكشف عن مبلغ رضى الطفل

---

(١) يجد القارئ صورة من اختبار دراسة شخصية الأطفال الذكور فى الملحق رقم (٢) ؛ وقد قام المؤلف بمحاولات عدة لجعله ملائما للبيئة المصرية قبل تطبيقه على الحالات التى تتردد على العيادة السيكلوجية الملحقة بكلية التربية .

عن علاقاته الجماعية أو عجزه عن أن يتخذ لنفسه أصدقاء، أو خموله الاجتماعى، وهذا يعني قلة لباقته وسط الجماعة.

(ثالثاً) العلاقات العائلية : يكشف الاختبار عن نوع علاقة الطفل بوالديه ومخالطيه، ويدخل فى ذلك شعور الطفل بالغيرة من الوالدين أو الإخوة، وخلافاته معهم، وشعوره بأنه شخص غير مرغوب فيه، وتغاليه فى الاتكال على والديه أو أحدهما.

(رابعاً) أحلام اليقظة : وضع الاختبار لقياس مبلغ جنوح الطفل إلى الخيال والإغراق فى الوهم.

على أنه ينبغى ألا تتخذ نتائج هذا الاختبار سلاحا بتارا يفصل به فى أمر نفسية الطفل، ويحكم به على مبلغ انحرافه أو استقامته، وإنما ينبغى أن تضاف إلى ذلك نتائج الفحص الإكلينيكى الذى يستضاء فيه بنتائج هذا الاختبار.

كيفية إجراء الاختبار :

وضع هذا الاختبار على صورة مجموعات من الأسئلة تصلح بصفة عامة للأطفال فيما بين سن ٩ و ١٣، وهو يستخدم إما بطريقة فردية أو بطريقة جماعية على أنه يحسن إجراء الاختبار بطريقة فردية على الأطفال الذين تنقص أعمارهم عن العاشرة، أما من كانت أعمارهم تزيد على العاشرة فيمكن اختبارهم بطريقة جماعية على ألا يزيد عدد المجموعة عن ٥٠ طفلا.

والزمن اللازم لإجراء هذا الاختبار يتراوح بين ٤٠ و ٥٠ دقيقة.

ويحسن أثناء الاختبار موالاة الأطفال بالملاحظة ودوام الإشراف عليهم، فينبغى للمختبر أن يتجول بين المجموعة ليتثبت من أن كل طفل قد استوعب الإرشادات وأدر كها إدراكا صحيحاً.

وعند بدء الاختبار يطلب المختبر من المفحوصين أن يكتبوا أسماءهم وأعمارهم وسائر البيانات المطلوبة، ثم يقول : « اقرأوا الآن ما هو مكتوب على غلاف الاختبار » ثم يطلب إليهم أن يفتحوا الكراسة لقراءة القسم الأول من

الاختبار للإجابة عليه . وينبه عليهم بضرورة قراءة القائمة جميعها قبل أن يعينوا الأرقام الدالة على اختبارهم ، فإذا ما أتموا الإجابة على قسم من الاختبار طلب إليهم المختبر الانتقال إلى القسم الثانى ، وهكذا ينتهى المفحوصون من الإجابة على الاختبار كله .

الاختبار الثانى : ـــ اختبار تفهم الموضوع :

وضع هذا الاختبار «مورى Murray » واشترك معه فى وضعه فى البداية « مورجان Morgan » ، وهذا الاختبار معروف باسم T. A. T وهى اختصار « للكلمات ... Thematic Apperception Test » . ويتألف الاختبار من ثلاث مجموعات من الصور ، كل مجموعة تشتمل على عشر صور . والمجموعة الأولى مخصصة للرجال ، أما الثانية فتقدم للنساء ، بينما المجموعة الثالثة تصلح للجنسين .

وتمثل هذه الصور مشاهد : لشخص أو لعدة أشخاص فى أوضاع غامضة تسمح بتأويلات مختلفة ، ويطلب إلى المفحوص أن يقص ما حدث قبل الموقف الذى تمثله الصورة ، وما الذى تدل عليه الصورة فى وضعها الحالى ، وما هى خاتمة هذه القصة ؟ وقد اختيرت الصور اختيارا يجعلها تمثل أفكارا حول العلاقات بين الابن ووالديه ، وحول حياته الجنسية ، والأزمات التى مر بها ، ومشاعره وعواطفه وميله إلى العدوان ... إلخ

وسنعرض فيما يلى ما سجله مفحوص فى نحو التاسعة عشرة من عمره ، مصاب بلجلجة شديدة . وقد كانت مشكلة هذا الشاب تتصل بوالده وهو رجل دين متزمت ، جاء على لسان الشاب ما نصه حرفيا عندما عرضت عليه الصورة الثامنة :

« تظهر فى هذه الصورة جثة رجل بجوار رجل آخر يمسك بآلة حادة يحاول قطع بطنه . إنه من الواضح أن لهذا الرجل قصة ، فربما يكون هذا والده . إنه كان أبا شديدا ، قاسيا ، لا يرحم ابنه الصغير ، إنه دائما ينازعه ويشاكسه ، وقد قال الحكماء فى ذلك : إن الضغط يسبب الانفجار ، فهذا الشاب قد تحمل كل شىء

فى سبيل إسعاد نفسه وإسعاد مجتمعه العائلى الذى يحيط به ، ولكن أراد له القدر خلاف ذلك ؛ ففى يوم من الأيام ضرب الرجل ابنه لأتفه الأسباب ضربا لا يليق بشاب كامل الرجولة ، فاسودت الدنيا فى وجه هذا الشاب واعتزم على الفتك بأبيه فاستأجر اثنين للقيام بمهمة قتل الأب ، وفى الليلة المشئومة حدثت الجريمة أمام الابن الذى وقف يتأمل جريمته البشعة رافعا عينه إلى السماء وهو فى أشد حالات الاضطراب ، راجيا من الله المغفرة ، ولكن بعد أن نفذ السهم » .

ويتضح من هذه القصة ما يلى :

(أولا) الشعور بكراهية الأب ، والرغبة فى التخلص منه ، عن طريق إيذائه .

(ثانيا) الشعور بالإثم .

(ثالثا) كان المفحوص يعانى صراعا شديدا ، لأنه يتمنى من جهة موت أبيه (لا شعوريا) ، ويشعر من جهة أخرى بالألم لمجرد التفكير فى ذلك .

وبجانب مشكلة هذه الفحوص مع والده ، تبين من تحليل القصة .

(رابعا) أنه يعانى حالة قلق نفسى شديد يتصل بحياته الجنسية ، وإليكم ما قاله الشاب :

« هذه صورة رجل تظهر إلى جانبه حسناء ، وتظهر خلفهما امرأة أخرى اتكأت على مقعد ووضعت رجليها بعضهما على بعض عارية مما يسترها ، ويظهر أن هذا الرجل له عشيقة أو حبيبة أخرى أفنى حياته وكل ما لديه من أجلها ، لقد أمضى سهراته اللذيذة الممتعة معها ، بين النظرات والقبلات والكئوس . لقد مضى أكثر حياته بين أحضانها ، إنه لا يجد وقتا أمتع من الوقت الذى يقضيه بجوارها ، ولكن حدث ما لم يكن يتوقعه ، فقد اكتشف أنها تخونه ، إذ كانت فى حضرته تظهر له الحب إلا أنها فى غيابه كانت تخالط غيره من الرجال ، ولا تفكر فى موقفه الحرج . وفى ذات ليلة زارها كعادته ، حاملا معه الهدايا والزهور ، فوجدها فى أحضان رجل سواه ، ففقد أعصابه ولم يتمالك قواه ، فأسرع إلى أول

شيء وجده وقذفه فى وجهها، فألقاها جثة هامدة، لا حراك فيها. إنه يحبها ويعيش من أجلها، إن عينيه تتساقط منهما الدموع الغزيرة لتعبر عما كان يحفظه من حب وإخلاص ووفاء، ولكن هكذا أراد القدر ...

٤ — مشكلات المتلجلج والفحص عنها مع أبويه بغية تعليمها من جديد

ظهر جلياً من تشخيصنا لبعض الحالات التى تعرضنا لها فى الفصل السابق، أن نشوء الاضطرابات النفسية عند المتلجلج يتصل من قريب أو من بعيد بالمنزل الذى نشأ وترعرع بين ظهرانيه، وبالطريقة التى عامله بها والده إبان طفولته، ولقد أكد هذا الرأى وثبت من سائر المعلومات والبيانات التى جمعت من مصادر مباشرة كوالدى الطفل، وأفراد أسرته الآخرين ومدرسيه، بل من المريض نفسه (إن كان موفور السن)؛ أو من مصادر غير مباشرة جاءت عن طريق العلاج بواسطة اللعب، أو طريق التحليل بالصور (إن كان صغير السن).

فلما توافرت تلك المعلومات واجتمع لكل حالة القدر الكافى من البيانات، شرع فى تجربة منحى آخر من مناحى العلاج النفسى، وأعنىّ به الاتجاه إلى إرشاد الوالدين أو من يلوذ بهما من أفراد الأسرة الآخرين لحملهم على تغيير مسلكهم تجاه طفلهم، وقد أسفرت هذه التجربة عن نتائج علاجية حاسمة سريعة الأثر فى الأحوال التى استجابوا فيها للنصح والإرشاد، وتقبلوا فيها وسائل الإصلاح وتقويم الخلق بروح الرضا والتعاون.

وقد اتخذ هذا العلاج، علاج الآباء بالإصلاح والتقويم، صور مناقشات (أو مناقلات) تحلوها روح التبسط ومجانبة الكلفة لصد الآباء عن معاملة أبنائهم بالعنت والتعسف، وإقناعهم بأخذهم بالهوادة والحسنى، ولم تتخط هذه المناقشات الودية محيط الحياة اليومية، ولم تتجاوز مستوى الفهم والإدراك على أمل أن يؤدى تبصير هؤلاء الآباء بعلة مشكلات أبنائهم إلى فتح عيونهم وتوسيع

آفاق فهمهم لها وإلمامهم بأسبابها، وإدراكهم إياها إدراكا صحيحا عميقا، وقد تبين أن هؤلاء الآباء الذين استوعبوا ما أدلى به إليهم من الإيضاحات، اقتنعوا بها وآمنوا بجدوى الإرشادات التى زودوا بها، وما لبثوا أن حسنوا معاملتهم لأطفالهم، فعاون هذا التحسن بدوره عونا كبيرا على إزالة ما ساور أطفالهم من الشعور بانعدام الطمأنينة، وهو ذلك الشعور الذى يحرك علة اللجلجة ويكمن وراءها. ولا حاجة بى إلى القول بأنه ما دام الآباء يلبون نصائح المعالج النفسى، ويسوسون أطفالهم طبقا للأساليب التى رسمها لهم، فسرعان ما تزول عن أبنائهم تبعا لذلك مضاعفات اضطراباتهم العاطفية التى هى السبب فيما يعتورهم من سقم وضنى.

بيد أن هذا اليسر والتوفيق لم يجريا على هذه الوتيرة مع سائر الآباء، ففى بعض الأحوال وجد من الصعوبة بمكان تقويم خلق الآباء وتهذيب حواشيهم فى أدوار العلاج المبكرة، فالأمهات ذوات الأطوار الشاذة أو الأعصاب المتوترة أو الأحساس المرهف كن يصدفن عن الإصلاح ويعرضن عن كل معاونة، بل كان منهن النكدات المناقرات اللواتى لا يستطعن كبح جماح أنفسهن حتى فى العيادات عند فحص أبنائهن، فقد حدث مرة أن عرض طفل للفحص، وكانت تصحبه أمه وأمعن الطفل فى اللجلجة واشتدت عليه وطأتها وإذا أمه تنتهره قائلة: « الزم الثبات ياولد، هيا أجب! » فدلت هذه الخشونة والفظاظة دلالة كافية على طراز المعاملة التى يلقاها هذا الطفل فى حياته المنزلية.

على أنه فى أحوال كتلك التى عرضنا لها آنفا كان الحال يتطلب مزيدا من مراجعة الأم وموالاتها بالإيضاح والتبيان حتى يستطاع إقناعها جهد الإمكان بأن الأذى الذى يلحق ولدها من جراء مسلكها هذا لن تقتصر مغبته على زيادة حالة اضطراباته تفاقما واستفحالا، بل ستتجاوز ذلك إلى أن يستعصى دواؤه، ويصبح برؤه منه محالا.

وثمة حالة أخرى، كانت المعضلة فيها معضلة الأب الكثير الجد، الشديد التحفظ، فقد كان رأيه ضرورة أخذ الطفل بالشدة والصرامة، وكان يعزو علة اضطراب نطق طفله إلى تساهل أمه ولينها وشدة رفقها به وتدليلها له، فعولجت هذه المعضلة ببذل جهود صادقة لإقناع الأب بأنه من الأفضل والأسلم أن يسعى لدعم علاقته بابنه، وإرسائها على قواعد أرسخ من الصداقة والود والحنان، وبأن الدأب على النقد والتنديد واللوم والاستهجان خليق بأن يفضي إلى صدع علاقاتهما ويجنح بالطفل إلى مكابدة مشاعر الخوف وانعدام الأمن والطمأنينة.

بيد أنه كان يتفق فى بعض الأحيان أن يكون منشأ البلوى ناجما فى واقع الأمر من أن العوامل التى نشأت عنها المعضلة، كانت خارجة عن إرادة الوالدين، أى لا سلطان لهما عليها، فما يحيق بالأسرة من محن وشدائد، أو ضائقات مالية، أو ضنك من جراء كظة المسكن (كالحالة رقم ٢) وكل هذه لها أثر فعال فى سلوك مصابى اللجلجة وفى إعاقة شفائهم أو جعله أمرا عسير المنال.

وقد لا يكون الوالدان بالذات هما علة المشكلة فمثلا فى الحالة (رقم ٣) نرى أن العلة كل العلة كانت هى كبرى أخوات المصاب، وهى فتاة ذات شخصية مستبدة متغطرسة، كان والداها قد باتا بلا حول ولا طول لعجزهما عن كسر شوكتها أو إلانة عريكتها، ويئسا من إصلاح حالها، فلما تبين لى أنه لم يعد ميسورا إعداد البيت إعدادا يجعله موائماً للطفل، مضيت أنفخ فيه روح العصيان والتمرد والثورة على عنت أخته وجورها، وأحرضه على مناهضة ظلمها واستبدادها.

وإنه ليطيب لى فى هذا المقام أن أقترح إنشاء مؤسسات علاجية للآباء يقصدونها فى فترات منتظمة حيث تعقد لهم اجتماعات سامرة، يستمعون فيها إلى أحاديث قصيرة تنير أذهانهم، وتهذب نفوسهم، وتعينهم على التماس الحلول الموفقة لمشكلاتهم ولما عساه أن يحدث لهم من متاعب ومصاعب.

٥ ـ الإيحاء والإقناع

كان استخدام الإيحاء والإقناع، بوصفهما من وسائل معالجة هذه الجماعة من مصابى اللجلجة، موجها بنوع خاص لمكافحة قصور الطفل، وخوفه الناجم عن عيوب الكلام لديه، وما ورثه من خيبة نتيجة لذلك فى بيئته الاجتماعية، أكثر منه موجها إلى إدراك الأسباب الخفية التى سببت له الأدواء النفسية المبينة فى كل حالة من الحالات التى اضطلعت بها.

أما الإيحاء فقد اتخذت إجراءاته إما بطريقة مباشرة، أو بطريقة غير مباشرة. على أنه سواء أكان المتبع هو هذه الطريقة أم تلك، فقد طوعت هذه الوسيلة للمتلجلج أن يدرك مبلغ افتقاره إلى تعديل نظرته إلى نفسه بصفة كونه ذا شخصية لها كيانها ولها احترامها. وقد أدى الإدراك تدريجياً إلى كسر شدة المخاوف والهموم الناشئة أو المتصلة بعيه.

وقد أجرى الإيحاء بطريقتين مختلفتين:

(أ) أزجيت للمصاب أثناء تمرينات الاسترخاء عبارات إيجابية إزجاء مباشراً كأن يقال له مثلا:

ـ « إن حالتك لن تستمر على هذا السوء بعد الآن ... »

ـ « إن الحالة آخذة فى التحسن يقينا .. »

وقد كانت هذه العبارات وما جرى مجراها حافزة على تشجيع سائر مصابى اللجلجة وإعانتهم على بعث روح الثقة بأنفسهم.

(ب) كان المصاب فى خلال الألعاب الكلامية Vocal games التى استعملت كجزء من منهج التعليم الكلامى المجدد أو الجديد Speech Rehabilitation، عظيم التأثر والشعور بالإيحاء، وقد كان الإيحاء فى هذه الحالة إيحاء غير مباشر، ويعزى التحسن المطرد الذى أحرزه المصابون أثناء تلك الألعاب الكلامية إلى أنهم نبذوا عنهم الخجل، وطرحوا الخوف والتهيب فى

أحاديثهم، وقد أوحى إليهم هذا النجاح تدريجيا الثقة فى نفوسهم، والإيمان بقدرتهم على إحسان النطق، فما لبثوا أن انجابت عنهم رويدا تلك المشاعر الخبيثة، مشاعر النقص والهوان، والرهبة والقلق التى تولدت وتفاقمت بسبب إخفاقهم وهزيمتهم فى أوساطهم الاجتماعية من جراء عثراتهم الكلامية.

أما الوسيلة الأخرى، أى وسيلة الإقناع Persuasion، فهى من الوسائل الشائعة المألوفة فى مجرى الحياة العادية عند سائر الناس، والإقناع ليس إلا عرض رأى أو فكرة على شخص عرضا يكون مشفوعا فى نفس الوقت بما يعتبره فى نظره أسسا معقولة تسوغ قبوله. وهذا التعريف يدل على أن الإقناع ذو صلة وثيقة بالإيحاء، ولكن الإقناع يزيد عن الإيحاء بكونه يجنح إلى تحكيم العقل.

والطريقة التى اتبعت فى استخدام الإقناع لمعالجة اللجلجة، هى مناقشة المصاب لاستقصاء منشأ صعوبة كلامه وما يتصل بها من اضطراب.

وقد كان هدف المناقشة إقناع المصاب باللجلجة، بأنه برىء من أى علة تشريحية أو وظيفية تعوقه عن التغلب على متاعبه الكلامية، تلك المتاعب التى زادتها استفحالا جهوده التى يبذلها فى أداء عملية هينة مفروض فيها أنها تتم فى يسر وسهولة وبأدنى مجهود، والمصاب إذا ألفى نفسه فى موقف يستطيع أن يتكلم فيه بطلاقة ولباقة فإنه خليق حينئذ أن يرى نفسه على حقيقتها وفى وضعها الصحيح، وهو إذ يفتح عينيه على ضوء هذا الفجر الجديد، سيتيسر معه بعد ذلك استخدام سلسلة من الإيحاءات الأخرى تعاونه على أن يرقى بعقليته إلى مستوى أرفع.

٦ — الاسترخاء

يمكن اعتبار اللجلجة على ما بينا فى فصل سابق، عارضا جسمانيا لحالة مرض نفسى، تنشأ نتيجة صراع عقلى يستبد بالمصاب ثم يتعدى سائر أفكاره وتصوراته إلى ذاته، فإذا سلمنا بذلك جاز لنا أن نقول: إن كل فرد من أفراد تلك الجماعة قد فقد جهازه العصبى معيار اتزانه تحت تأثير صدمة هذا الصراع العقلى، فنجم عن ذلك تنافر أو عدم انسجام بين أفعال المريض العقلية والجسمية.

وقد آن لنا أن نتساءل : كيف تمكن استعادة الانسجام بين الأفعال العقلية والأفعال الجسمية ؟. لقد استنبط (جاكوبسن Jacobson) طريقة استرخاء Relaxation التى يستطاع بها تدريب المريض على إرخاء عضلاته ، فقد تبين (لجاكوبسن) أنه بالاسترخاء التدريجى للعضلات تتلاشى شيئا فشيئا آثار النشاط الذهنى والاضطرابات الانفعالية ، وأن هذه الحالات لا تبرز إلى الوجود عند الاسترخاء التام لأعضاء الجسم . وقد اعتنق كثير من الباحثين آراء (جاكوبسن) ومذاهبه فى معالجة اللجلجة ومن بين هؤلاء (بوم Booms) الذى قرر أن الشىء الوحيد الذى يعين المتلجلج على استرداد اتزانه العقلى والعصبى دون أية مخاطرة بزيادة مصاعبه ، إنما هو الاسترخاء . وذكر (جيفورد Gifford) أنه «ليس فى وسعنا إحكام الترابط الذى يهيمن على العقل والجسم دون إطلاق التلجلج من إسار توتره ، على ذلك فكل درس يلقن إليه لمعالجة كلامه ينبغى أن يسبقه درس فى الاسترخاء» .

والرأى عندى أن الاسترخاء يستخدم كعامل من العوامل المساعدة ، ولكن دون أن تكون له أهمية جوهرية ، إذ أن أثر الاسترخاء قاصر على إحداث استقرار عقلى واتزان ذهنى موقوتين دون أن يعالج العلة فى نشوء الاضطراب .

فالقلق والخوف والهموم والتوترات التى تلازم المصاب باللجلجة لا يمكن أن تتلاشى وتزول بمجرد ممارسة الاستراخاء العلاجى ، ذلك لأنها جميعا نذر تنبئ بما يعتمل فى دخائله من زعزعة وقلقلة ، وطالما اصطرعت مختلف النزعات العاطفية التى يعتلج بها صدر الطفل واشتبك بعضها مع البعض فى نزال عنيف ، وهذا الصراع أو النزال هو الذى يولد مشاعر القلق والهواجس وفقدان الاتزان والانفعال والتوتر . فماذا كانت تجدى تمرينات الاسترخاء مع تلك الجماعة من مصابى اللجلجة الذين توليت أمرهم لو أنهم كانوا منطوين على مثل تلك المشاعر ؟ لقد كان إذن من الضرورى الإلمام بالنواحى السيكولوجية لكل فرد من أفرادها ، إذ أنه ما دام السبب أو الأسباب الأساسية لم يتعرض لها بشىء فلن يتحقق الشفاء التام بحال من الأحوال .

وإنى لمورد هنا مثلا أقتبسه من إحدى حالات المصابين باللجلجة ، وهى حالة صبية فى الثالثة عشرة من عمرها ، كانت قبل أن يوكل إلى أمرها قد عولجت بالاسترخاء العلاجى ، وكانت معالجتها بأية وسيلة أخرى محالة لأنها كانت مصابة بضرب من أخبث أنواع اللجلجة ذات التشنجات التوقفية البحتة . وقد استمر علاجها ، على ما قرر القائم على علاجها بالعيادة ، سنة كاملة دون أن تلوح بادرة من بوادر التحسن .

وسارت خطة العمل المتعلقة بالاسترخاء العلاجى حسبما باشرته بمعرفتى على النهج المتبع فى عيادات النطق بمدينة لندن تقريبا ، ويمكن تلخيصه فيما يلى :

١ — إجراء يفضى إلى استرخاء يهدف إلى تبصير المصاب باللجلجة بخصائص الاسترخاء الفنية وفوائده .

٢ — يخلد الطفل بعد ذلك إلى ممارسة الاسترخاء الذى يقصد منه فى بحثنا هذا تحقيق الأغراض الآتية :

(أ) تخفيف توتر المصاب باللجلجة كإجراء تحضيرى تمهيدا لأساليب أخرى من الأساليب العلاجية . وقد تبين أن أقدر الأطفال على ممارسة الاسترخاء البدنى والعقلى ، هم أكثرهم صلاحية لضروب العلاجات الأخرى ، كما أنه تبين من جهة أخرى أن المصاب باللجلجة إذا كان فى حالة شديدة من التوتر عجز عن الاستجابة للإيحاء أو للاستجواب ، وبذلك تصبح معالجته علاجا نفسيا أعسر وأشق .

(ب) تشجيع المصاب باللجلجة على إرخاء العنان لأفكاره تهيم طليقة حرة بدلا من حصرها وتركيزها فى القلق والجزع على ما أصاب نطقه . وقد بوشرت تجارب التداعى الحر فى أحوال مواتية كهذه فعادت بنتائج طيبة مرضية .

طرق العلاج الكلامى

إليك الوسائل التى استخدمت فى العلاج الكلامى :

١ ــ الاسترخاء الكلامى Speech Relaxation .

٢ ــ تعليم الكلام من جديد Speech Rehabilitation .

٣ ــ تمرينات إيقاعية فى الكلام Rhythmical exercises .

٤ ــ طريقة النطق المضغى The Chewing Speaking method .

٥ ــ التمرين السلبى Negative Practice .

لقد قامت الفكرة الأساسية فى العلاج بالكلام على أساس استخدام أساليب ترمى إلى معاونة المصاب باللجلجة بطريقة غير مباشرة على مقاومة عيوب نطقه ، إذ تبين أن الأساليب المباشرة التى تستدعى بطبيعتها التفات المصاب وتوقظ انتباهه كثيرا ما تزيده حرجا على حرج ، لهذا أرانى أجنح إلى اعتبار الطريقة التى يسمونها الرياضة الصوتية (Vocol drill) التى جرى عليها بعض معالجى الكلام النفسيين ، طريقة معيبة محفوفة بالخطر من وجهة نظر فن العلاج النفسى ، لأن من شأنها إثارة التفات المصاب وتركيز تفكيره واهتمامه بأعراض عيوبه الكلامية ، فى حين أن كل ما يحتاج إليه المصاب فى مثل هذه الأحوال هو التخفيف من حدة توتره فى مواقفه الكلامية جهد الاستطاعة ، ولا يقتضى ذلك إلا اتباع ضروب هينة من مناهج العلاج الكلامى لا ترهقه من أمره عسرا ، ولا تكبده مشقة ولا جهدا ، وبذا يقر فى نفسه أن الكلام ليس عملية للوعى واليقظة دخل فيها ، وإنما هو عملية آلية بحتة .

فلما استقام لنا هذا الرأى استنبطنا طرقا علاجية للكلام غايتها استدراج المصاب إلى مواقف تشجعه على اطراح الخوف الذى يساوره من جهة نطقه ، وتعاونه على الاسترسال فى الكلام استرسالا يباعد بينه وبين الانتباه إلى عملية الكلام فى صورتها الفعلية ، ويلهيه عن التفطن إليها .

١ ــ الاسترخاء الكلامي وتعليم الكلام من جديد

تستعمل طريقة الاسترخاء الكلامى Speech Relaxation كوسيلة من وسائل علاج اللجلجة فى القسم الخاص بعلاج عيوب النطق والكلام فى إحدى مستشفيات لندن المشهورة West London Hospital ويشرف على هذه الطريقة العلاجية الآنسة W. K. Ward التى ترى أن للاسترخاء الكلامى هدفين :

١ ــ التخلص من العامل الاضطرابى فى اللجلجة أثناء عملية الكلام .

٢ ــ تكوين ارتباط خاص بين الشعور باليسر أثناء القراءة بهذه الطريقة وبين الباعث الكلامى نفسه .

وتتألف التمرينات المنوعة التى تقوم عليها أسس الاسترخاء الكلامى من اثنتى عشرة صحيفة ، تبدأ بسلسلة من تمرينات خاصة على الحروف المتحركة ثم الساكنة تتلوها تمرينات أخرى على كلمات متفرقة تبنى منها تدريجيا عبارات وجمل ، وتجرى عملية الاسترخاء الكلامى فى رخاوة وأناة ، أو على حد قولهم : فى نغم بطىء مطرد رتيب .

وكل فترة من هذه التمرينات المختلفة ، سواء أكانت صوتاً أم كلمة أم عبارة أم جملة ، ينبغى أن يقرأها المعالج الكلامى أولا بالأسلوب السابق الذكر ، ثم يطلب إلى المصاب تقليده بالنغمة ذاتها تقليداً تاما .

وبعد هذه المرحلة التمهيدية التى تنتهى فى الصفحات (١ ، ٢ ، ٣) تبدأ مرحلة أخرى فى الصفحات الرابعة والخامسة والسادسة والثامنة ، حيث تحتوى هذه الصفحات على تمرينات فى صورة أسئلة بسيطة تؤدى بنفس الأسلوب ، ولكن فى سرعة أوفر نوعا مما تؤدى به تمرينات الصفحات الأولى والثانية والثالثة وهنالك أيضا طائفة من القراءات المقتبسة تتلى على سبيل التجربة للتأكد من أن الطفل المصاب باللجلجة قد سيطر على حركات كلامه .

وقد اجتمعت لدىّ من اختباراتى الإكلينيكية العملية ، أثناء اضطلاعى بهذه الطريقة مشاهدات وملاحظات تتلخص فيما يلى :

١ — لم يلق مصابو اللجلجة صعوبة ، بصفة عامة ، فى التكلم أو القراءة بهذه الطريقة الرخوة المتكاسلة .

٢ — أمكن الوصول إلى تحسينات أثناء مباشرة هذه الطريقة ، ولكنه ما كاد النطق يعود إلى حالته الطبيعية حتى لوحظت فيه آثار لجلجة .

والتفسير السيكولوجى للملاحظة الأولى ، هو أن هذا النمط الجديد للكلام صرف نظر المصاب وألهاه عن عملية الكلام التى جرت عليه الاضطراب فى وقت من الأوقات ، ويندر أن يتعثر أو يتلعثم المصاب باللجلجة ما بقى واقعا تحت تأثير هذا الشعور ، ولكنه ما يكاد يتوقف عن ممارسة التمرينات حتى ينكشف له أن الأسلوب الذى كان يلقنه ، أسلوب غريب منكر ، يختلف اختلافا بينا عن أساليب الكلام المألوفة ، التى تجرى عليها شئون الحياة الواقعية ، هذا ما يلوح لى أنه السبب فى النكسة الفجائية التى تعترى المصاب باللجلجة حين يلفى نفسه أمام شدائد الحياة وأثقالها وجها لوجه .

هذا ولما كان التحسن الذى يصيبه المتلجلج من ممارسته طريقة الاسترخاء الكلامى ، إنما هو تحسن وقتى فقد دعمت هذه الطريقة بما أطلق عليه :

« تمرينات تعلم الكلام من جديد Speech Rehabilitation » وهى تمرينات يشجع فيها المصاب باللجلجة على الاشتراك فى ضروب وألوان من أشتات المحادثات تنسيه معضلته وكل ما يتصل بها من قريب أو بعيد . ولإدراك هذا الغرض استخدمت طائفة من التمرينات يمكن إيراد أمثلة منها هنا : فبرامج الألغاز والأحاجى Chardes والمناقشات الجماعية ، كانت جميعها وسائل فعالة لبلوغ هذه الغاية ، وهى بما احتوت عليه من عناصر اللعب والتسلية كانت حافزا قويا أغرى بالانسياق فى أحاديث طليقة من القيود ، ففى مشاعر البهجة والسرور التى تفيض بها قلوب الأطفال حين يسترسلون فى سرد أحاجيهم مثلا ، ينسى

المنكوبون محنتهم الكلامية فيعينهم هذا النسيان على أن يستردوا الثقة فى ذواتهم، وعلى أن يطرحوا عن صدورهم هذا الكابوس الرهيب الذى طالما استبد بهم، كابوس الخوف من الكلام. ولشد ما يشوقك ويروقك أن تشهد جماعة من هؤلاء المفجوعين فى كلامهم وقد أقبلوا يتقارضون الأحاجى ويتناقلون الألغاز، وهم فى خلال ذلك يتصايحون ويتدافعون ويصفقون ويطربون للإجابات الصحيحة، ويسخرون من الإجابات الخاطئة. وقد استخدمت كذلك طريقة المناقشات الجماعية Croup Discussions كتمرين آخر لرد الاعتبار الكلامى، ففى خلال هذه المناقشات سمعت كبار المصابين باللجلجة من الفئة التى توليت علاجها، يتكلمون عن مشكلاتهم كلاما سلسا لا أثر فيه للارتباك، وكنت فى أثناء هذه المناقشات قد تعمدت أن أنحو بهم نحو الاستغراق فى التأمل والتفكير فيما كانوا يتبادلونه من وجهات النظر، لعلمى بأن أقل انتباه يعيد إلى المصاب صورة حالته إلى ذهنه خليق أن يرد إليه اللجلجة.

٢ — تمرينات الكلام الإيقاعى

Rhythmical Speech Exercises

أتاح لى علاج اللجلجة بطريق الحركات الإيقاعية، وسيلة جديدة أعانتنى على أن أصلح من كلام تلك الطائفة التى كانت موضع أبحاثى، وأدى هذا النوع من العلاج إلى تحويل أو صرف المتلجلج عما يعتريه من صعوبات فى كلامه كما كان السبب فى اغتباطه وارتياحه.

وقد ذكر كثير من الكتاب وجوها عدة لهذا النوع من العلاج، تصلح أن تكون محولا للمصاب عن اللجلجة، وأشار «جون فلتشر» فى كتابه مشكلة اللجلجة[١] إلى بعض الوسائل، كالنقر بالأقدام، أو الصفير، أو ما إلى ذلك من

---

(١) John Fletcher: The problem of Stuttering (1928).

الحيل والذرائع العلاجية الأخرى التى تحول المصاب عن مشكلته الكلامية . أما (بلومل Bluemel) فيعد القراءة الجمعية أو مع الكورس ، من الوسائل المحولة أو الصارفة للمصاب عن اللجلجة .

وللوصول إلى تعيين أو تحديد التأثير النسبى لنفع الحركات الإيقاعية أثناء القراءات الشفوية ، أجرينا خمسة اختبارات مع عشرة من مصابى اللجلجة فى درجة متساوية من اضطراب النطق ، فكانت الاختبارات الخمسة كما يلى :

١ — يقرأ المصاب أثناء مشيه ، بمعدل كلمة واحدة لكل خطوة (٢٥٠ كلمة) .

٢ — يقرأ المصاب وهو يطرح ذراعه بمعدل كلمة لكل دفعة (٢٥٠ كلمة) .

٣ — يقرأ المصاب قراءة إيقاعية ، فاصلا بين كل نبرة وأخرى (٢٥٠ كلمة) .

٤ — يقرأ المصاب بمصاحبة تنبيهات مسموعة ، نقرات بيد المدرب على منضدة ، بمعدل نقرة لكل كلمة (٢٥٠ كلمة) .

٥ — مجموعة موازنة Control Croup : يقرأ المصاب دون أى نوع من الحركات الإيقاعية (٥٠٠ كلمة) .

وقد أحصيت البيانات التى جمعت فيما يتعلق بعدد توقفات كل مصاب فى كل وضع من أوضاع تحويل الانتباه السابق تبيانها ، وكذلك فى مجموعة الموازنة ، ووضعت تلك البيانات فى صورة نسب مئوية ، لكل تجربة ، ليستدل منها على عدد الكلمات التى تلجلج فيها المصاب فى كل مائة كلمة من الكلمات التى قرأها :

وأجريت اختبارين لتحديد مقدار نفع الأسلوب الإيقاعى ومدى أثره ، أحدهما بعد مضى أسبوع واحد من مزاولة هذه التمرينات الإيقاعية للكلام ، والآخر بعد شهرين منها ، وإليك بيان فروق النسب فى كل اختبار من هذين الاختبارين :

	(١)	(٢)	(٣)	(٤)	(٥)
الاختبار الأول :	٤	٤,٤	٣,٢	٤,٦	٨
الاختبار الثانى :	٣,٣	٤,٩	٤	٣,٤	٦,٢
الفرق بين الاختبارين :	−,٧	+,٥	+,٨	−١,٢	−١,٨

نتائج ودلائل هذه الاختبارات :

١ ــ يمكن اعتبار التمرينات الإيقاعية إجراء علاجيا لتحويل انتباه المصاب باللجلجة عن كلامه المضطرب ، وليس أدل على ذلك من أن النسبة المئوية (لمجموعة الموازنة) فى كلا الاختبارين كانت أعلى منها فى الأوضاع الأربعة الأخرى لتحويل الانتباه .

٢ ــ إن النسبة المئوية لكل وضع من أوضاع تحويل الانتباه ، كما فى مجموعة الموازنة ، تشير على ما هو ظاهر من الجداول المبينة آنفا ، إلى نقصان فى عدد التوقفات ، بعد استثناء الوضعين الثانى والثالث .

٣ ــ إن الزيادة فى عدد التوقفات فى الوضعين الثانى والثالث قد تكون دليلا على أن التمرينات الإيقاعية يتضاءل أثرها على ما يلوح إذا مارسها المصاب باللجلجة فترة من الزمن . وقد يفسر هذا بأن مفعول التحول نفسه قد اندمج فى الوضع وصار جزءا منه ، وبهذا لم يعد فى وسعه إحراز تقدم جديد ، وعلاج كهذا خليق ألا يستخدم إلا على اعتبار أنه علاج ثانوى فحسب .

٣ ــ طريقة النطق بالمضغ

The Chewing.Speaking Method

إن مبتكر هذه الطريقة هو (فروشلز Froschels) ، وقد قصد بها إلى نزع ما وقر فى ذهن المصاب باللجلجة من أن الكلام صعب عليه وعسير ، وإنى وضعت هذه الطريقة موضع التنفيذ فى العيادة بالكيفية الآتية :

أسأل المصاب باللجلجة بادئ ذى بدء إن كان يستطيع المضغ ، ثم أطلب منه أن يمضغ فى سكون ، وبعد ذلك أوعز إليه أن يتخيل أنه يمضغ قطعة من اللحم وأن يقلد مضغها كأنه يمضغها حقا ، حتى إذا تثبت من أنه يباشر حركات المضغ فى أوضاعها الصحيحة ، طلبت إليه أن يجعل لمضغه صوتا ، فإذا تهيب أو استحيا شجعته بأن أفعل ذلك بنفسى .

وكنت بعد هذه المرحلة أشرع فى محادثة كل مصاب فأوجه إليه — بهذا الأسلوب الماضغ — بضعة أسئلة مثل :

« كم سنك ؟ » .

« أين تقيم ؟ » .

« ما اسم أحب أصدقائك إليك ؟ »

مستدرجا إياه كى يجيبنى على أسئلتى بهذا الأسلوب الماضغ أيضا .

وقد أدى استخدام هذه الطريقة إلى الفوائد الآتية :

١ — كانت هذه الطريقة فيما يبدو وسيلة لتحويل انتباه الطفل عن نطقه الخاطئ فهى من هذه الناحية طريقة لا تقل قيمتها العلاجية عن القيمة العلاجية التى للتمرينات الإيقاعية البادية الذكر .

٢ — كانت هذه الطريقة فيما يبدو كذلك أداة صالحة لتخفيف وطأة الخوف الناجم عن كلمات معينة ، فالمتلجلج الذى يمضغ الكلمات التى يخاف منها ، ويتهيب نطقها لا يعود إلى تجزئة مقاطعها الأولى ، بل ينطقها مجتمعة ككل واحد .

٤ — منهج علاجى شامل

إن دراسة شتى الوسائل العلاجية التى أوردناها فى هذا الباب من الكتاب ، وتطبيق تلك الدراسة على معالجة فئة المصابين باللجلجة الذين عهد إلى أمرهم والذين أوضحت حالتهم وتواريخها وتطوراتها بتفصيل فى الصفحات السابقة ، إن هذه الدراسة ، وهذا التطبيق العلمى ، قصد بهما إصلاح شخصيات هؤلاء المصابين ودعمها وتوطيد أركانها على أسس متينة من الفهم الصحيح والإدراك الشامل ، كما قصد بهما كذلك إلى تقويم ما اعوج نطقه منهم ، وتهذيب شواذ ملافظه وردها إلى حالتها الطبيعية السوية .

ولبلوغ هذا القصد أنشئ هذا الأسلوب العلاجى الذى يشتمل على ضروب من العلاج النفسى المختصر ، يضاف إليه ما اصطلحنا على تسميته بالعلاج

الكلامى ، وقد هدفت المجموعة الأولى من هذه الأساليب العلاجية إلى الكشف عما أحاط بالمصاب من خيبات وإخفاق ، وإلى إماطة اللثام عما كان من صراع نفسى مرير لقيه على الأخص من أسرته فى عقر داره ، كما هدفت كذلك إلى إعادة بناء شخصية المصاب وتسويته مخلوقا جديدا ينظر إلى بيئته نظرة جديدة تختلف جد الاختلاف عن تلك النظرة القاتمة التى أفسدت عليه أمره ، ويتحول من طفل منطو على نفسه ، متزمت مهتاج ، إلى طفل عادى رضى الخلق ، موفور الصحة ، سخى الطبع .

أما المجموعة الثانية من هذه الأساليب العلاجية ، فكان الغرض منها تمكين المتلجلج من استعادة قدرته الكلامية ، عسى أن يجدى ذلك فى أحوال معينة فى تنمية فضيلة ضبط النفس لديه ، ويعاونه على التخلص مما يساوره من خشية الكلام ، وهى مصدر البلاء ، ومرد ما يلقى من خيبة وإخفاق فى مجال النطق .

والآن يبرز إلى الصدارة سؤالان حيويان هما :

١ — هل تؤدى إزالة اضطرابات المتلجلج النفسية إلى برئه دون حاجة إلى علاج كلامى ؟

٢ — هل يشفى العلاج الكلامى المصاب باللجلجة دون حاجة إلى علاج نفسى ؟

إن الجواب الذى أستخلصه من تحقيقاتى وفحوصى الإكلينيكية القائمة على أساس دراساتى للحالات التى باشرت علاجها ، جواب سلبى عن كلا السؤالين ، فقد تبين أن مباشرة العلاج النفسى من شأنها أن تلطف من حدة القلق والتوترات الانفعالية ، ولكن اللجلجة تظل باقية على حالها ، مع استثناء حالات قليلة تتميز بصغر السن .

وثبت كذلك أن العلاج الكلامى لا يكفى لشفاء اللجلجة ، فقد كان بين حالات الفئة التى توليتها مصابون بدأ علاجهم بهذه الطريقة فقط ، قبل عرضهم علىّ ، وقد تقدموا فى طريق النجاح ، ولكنه كان نجاحا مؤقتا ، أما اللجلجة فعادت إليهم تحت أزمات ، وظلت فى مكانها لم تتزحزح .

وإذا كان الأمر كذلك فإنه يبدو أن أهمية العلاج الكلامى بالذات فى علاج اللجلجة، إنما هى أهمية ثانوية ما دامت أعراض اللجلجة معتبرة مظاهر خارجية لاضطرابات داخلية، بيد أنه حين تآزر العلاج النفسى بوسائله المتصلة فى استقصاء كل ما يمكن استقصاؤه من البواعث الخفيفة وتحليل تلك البواعث، وسار جنباً إلى جنب مع العلاج الكلامى، أمكن بلوغ نتائج علاجية أفضل.

وتآزر كهذا بين العلاج النفسى والعلاج الكلامى قد يحقق غرضا شاملا يستهدف مبدأين رئيسيين هما: بث روح الاستقرار فى نفس المتلجلج، ثم تهذيب كلامه وتقويمه من جديد.

أما الهدف الأول فمنوط إحرازه بأمر واحد هو إزالة ما استبد بالمصاب من أسباب الاضطراب النفسى، وفى هذا يجدى الإيحاء والإقناع وإعادة تعليم الآباء من جديد ليغيروا ما بأنفسهم، وكذلك بث الثقة فى نفوس المصابين باللجلجة أنفسهم.

أما الهدف الثانى فيمكن إدراكه بشتى وسائل العلاج الكلامى السابق التعرض لها، ومناقشتها فى الصفحات السابقة.

ومع ذلك فما برح هناك سؤالان، وإن لم تكن لهما أهمية كبرى، إلا أنهما يستلزمان ردا، وهما:

١ — أيهما أحق بالتقديم: العلاج الكلامى أم العلاج النفسى؟

٢ — هل هناك مرجع يرجع إحدى هاتين الوسيلتين على الأخرى؟

أما الإجابة على السؤال الأول فهى: إن العلاج النفسى قد قدم على العلاج الآخر على أمل تخفيف حدة التوتر والقلق عند المصاب باللجلجة، فما لم ترفع عن كاهل المصاب أعباء معضلاته، وما لم تزح من أمام عينيه ظروف بيئته، وهى حجر العثرة فى سبيل شفائه، لكانت نتائج العلاج الكلامى مشكوكا فيها وفى آثارها، بل لو أن هذا العلاج الذى لا يتناول إلا العوارض وحدها، أصاب نجاحا فإنه فى الواقع ليس إلا نجاحا موقوتا، ما دام العلاج لم يمس العوامل النفسية التى هى علة العلل ومكمن الداء.

وللإجابة على السؤال الثانى أقول : إن ترجيح طريقة على أخرى إنما هو ترجيح مضلل إذا تعددت الوسائل ، ولئن كنت قد آثرت فيما مارست من علاج طريقة على أخرى فليس معنى هذا أن الطريقة التى آثرتها تفضل سواها فى علاج كل مصاب باللجلجة ، ويمكن إيضاح ذلك بمثلين قاطعين فى دلالتهما : الأول أنه قد تبين أن الوسائل السلبية Negative practice أجدت كثيرا فى عوارض اللجلجة من النوع الاهتزازى Clonic ، فى حين أنها زادت من صعوبة الكلام عند أولئك المتلجلجين الذين يشكون من التشنجات التوقفية Clonic spasms ، وكذلك كان الإقناع أجدى عند الأطفال الكبار منه عند الأطفال الصغار ، ومرد ذلك أن المرجع فى الإقناع عائد إلى الفطنة والإدراك .

وغنى عن البيان أن إخفاق الوسائل السلبية وسبل الإقناع فى بعض الأحوال لا يعنى ضآلة قيمتها العلاجية ، أو يغض من قدرها .

المراجع

1. Bryngelson,B,"Prognosis of Stuttering." Journal of Speech Disorders, 1941, Vol. 6 pages 121-123
2. Green J. S., "Stuttaering. What About it ?" proceeding of the Americam Correction, Association, 1931 Vol. 1, pages 165-176.
3. Despert, J. L. Therapeutic Approach to the Problem of Stuttering in Children.
   The Nervous child, 1934, Vol 2, pages 134-147.
4. Johson W. and Rosen, L. Studies in the psychology of Stuttering.
5. Knutson, T. A
   "What the class room teacher can do for Stutterers",
   Quarterly Journal of Speech, 1940, Vol. 26, pages 107-122.
5. Kopp, G, A.
   Treatment of Suttering; J. S. Disorders, 1939 Vol. 4.
7. Louttit, C. M.
   Clinical psychology, New york, Harper, 1936 pages 446-450.
8. Robbins S. D.: Distraction in Stutturing.
9. Van Riper, G.
   Do you stutter? Atlantic Monthly. 1949, Vol. 164, pages 601-689.
10. Van Riper C., A. symptomatic Treatment of stutturing.
    proceedings of the American Speech Association, 1938 Vol. 7, pages 110-120
11. Whitten, I. E.
    Therapies used for Stuttering. Quartery Journal of Speech. 1938 Vol. 24, pages 227-233.
12. Will, N.
    A six Month Report on the Personality Development of a Thirteen year Old Boy.
    Quarterly Jou. of Speech, 1944, Vol. Pages, 30-50.

الفصل الحادي عشر

العلاج النفسي غير الموجه

وكيف نستفيد منه في علاج اللجلجة

العلاج النفسى غير الموجه:

سنعرض فيما يلى ملخصا لأهم خطوات عملية العلاج النفسى، كما يجرى فى الكثير من المؤسسات العلاجية بكثير من البلدان، وتتفق هذه الخطوات مع طريقة العلاج النفسى غير الموجه Non Directive Approach التى ينادى بها (كارول رودجرز). فالمعالج النفسى حسب هذه الطريقة لا يرسم وسيلة العلاج، ولا يقترح على العميل ما يجب عليه عمله، لأن ذلك الأسلوب يحول العلاج إلى نوع من فرض السلطة التى تزيد العميل رغبة فى التواكل، وتبعده عما يرجوه العلاج له من إعادة بناء شخصيته، وتنمية القدرة لديه على حل مشاكله.

وهذه الخطوات هى:

١ــ إن الفرد يحضر للعلاج طالبا العون، وقد ينكر بعض العملاء أحيانا رغبتهم فى العون، ولكن قد يحدث فى أثناء المقابلات ما ربما يفيد المعالج فى توضيح هذه الفكرة للعميل وتأكيدها بحيث يشعر برغبته فى العلاج، لا أنه مدفوع إليه دفعا. وهنا يحسن بالمعالج أن يستغل الأحداث لتأكيد هذه الحقيقة فى ذهنه، وهى «أنه راغب فى الحضور» وليست لديه مشكلة أو صعوبة، وهذا الشعور يجعل المريض يحس بأنه مسئول عن حضوره، كما يشعر فيما بعد بالمسئولية فى اتخاذ الخطوات الإيجابية نحو النمو، والمهم أن يصل المعالج إلى هذه الدرجة من الإدراك حتى لا تصبح مهمته هى مهمة النصح والإرشاد، أى أن مهمة المعالج أولا: هى تحويل موقف العميل من التواكل إلى الاستقلال بنفسه، والشعور بالمسئولية فى كل ما يقوم به من أعمال.

٢ ــ تحديد وقت المساعدة ومداها وحالة العميل، أى أن يشعر العميل منذ المقابلة الأولى بأن مهمة المعالج لا تكون الإجابة عن كل الأسئلة وحل كل المشكلات بل إن مهمته هى توفير الجو الذى يستطيع فيه العميل أن يعمل على حل مشاكله.

هذا ويجب أن يترك للعميل اختيار الوقت والموعد والإجراءات التى يجب اتخاذها، وبهذا يشعر العميل بأنه هو الذى سيقرر ما يجب أن يتخذ بشأن علاجه.

وإذ ذاك تكون مهمة المعالج أن يوضح للعميل أن من واجب الأخير ومسئولياته أن يوفر الفرصة والجو الملائمين للعلاج ، وأن يخلق من العلاقات ما يساعد على حلها . وكل ذلك من شأنه أن يشعر العميل بالمسئولية ، وهى خطوة أولى لتقدم العلاج .

٣ — على المعالج أن يشجع العميل على التعبير بحرية تامة عن إحساساته بالنسبة للمشكلة التى يعانيها ، ويتحقق ذلك إلى حد كبير بما يظهره المعالج من صداقة واهتمام واستقبال طيب للعميل ، كما يتوقف على مدى خبرة المعالج فى فن الاستقبال . فلا بد أن يمرن المعالج نفسه على ألا يقف فى سبيل انسياب مشاعر العدوان والقلق ، أو الشعور بالإثم . أو غيرهما من المشاعر التى تبدو عند إحساس الإنسان بالحرية التامة ، فإذا نجح المعالج فى أن يشعر العميل بأن هذه الساعة المخصصة للعلاج ، من حقه وخالصة له يتصرف فيها كيف يشاء ، كان لهذا أثره فى نتيجة العلاج ، وقد نجح كثير من المعالجين فى استغلال هذا الاتجاه ، وحققوا أقصى ما يمكن من العلاج أثناء عملية التفريغ .

وليس التعبير عن المشاعر قاصرا على الكلام فحسب ، فقد يكون ذلك أيضا فى أثناء اللعب .

٤ — على المعالج أن يستجيب لأحاسيس العميل السلبية ثم يخلق الجو المناسب الذى يشعره فيه بأن هذه الأحاسيس أو العواطف السلبية إنما هى جزء من نفسه ، وأنه لا بد أن يظهرها ولا يخفيها فمن المستحسن مثلا أن يقول المعالج للعميل :

أنت تشعر بمرارة هذا العمل .... أنت تريد أن تصحح هذا الخطأ ، ومع ذلك فأنت لا تريد ... يبدو مما تقول أنك تشعر بعظم جرمك . إن أمثال هذه العبارات توضح للعميل مشاعره ، وتجعله يدرك أن لديه هذه العواطف السلبية ، وفى هذا الوقت ذاته تساعده على أن يستمر فى عملية التفريغ .

٥ — بعد أن ينتهى العميل من التعبير عن مشاعره السلبية يجب أن يتبعها بقدر ضئيل من العواطف الإيجابية التى تؤدى إلى النمو ، والواضح أنه كلما كان التعبير

عن المشاعر السلبية عميقا وجارفا، بشرط أن يتبع ذلك قبولها والاعتراف بها، كان من المؤكد ظهور المشاعر الإيجابية، كالحب والدوافع الاجتماعية واحترام النفس والرغبة فى النضج.

ونستطيع أن نوضح ذلك بالمثال التالى: وهو حالة أم كانت تشكو من ابنها وسلوكه الردىء؛ فبدأت تعبر عن مشاعرها وكراهيتها لسلوكه بالمنزل والمدرسة، وفشله فى تقديم أية مساعدة لها، وبعد أن انتهت من تفريغ كل مشاعرها السلبية بدأت تقول: «وكثيرا ما يكون ابنى فى جودة الذهب».

وهناك حالة أخرى نوضح بها ما نحن بصدده، وهى حالة طفل استمر فى لعبه العدوانى ثلاث زيارات متتالية بين كل منها أسبوع وفى كل جلسة من هذه الجلسات يصنع صورة لأبيه من الطين، ويحاول أن ينتقم منه فى غير شفقة وبحرية تامة، وبعد أن انتهى من تفريغ كل مشاعره نحو أبيه فى آخر مقابلة يقطع صورة من جريدة وهو يقول: «إن أبى يشبه ذلك الرجل الظريف، ولذلك سأقطع هذه الصورة واحتفظ بها» وكانت هذه أول مرة يعبر فيها الطفل عن مشاعره الإيجابية نحو أى فرد، وبدأت حياته بعد ذلك تتغير تغيرا تاما، وأصبحت مشاعر الكراهية لديه فى غاية الاعتدال.

٦ ـ على المعالج أن يقبل الأحاسيس الإيجابية ويعترف بها بالطريقة التى واجه بها أحاسيس العميل السلبية، ويحسن أن يكون قبول المعالج لهذه الأحساسيس بغير إجراء أو تشجيع، بل على أنها جزء من شخصية العميل لا أكثر ولا أقل، ذلك لأن مبادئ الأخلاق والقيم الاجتماعية لا ينبغى أن تتدخل فى هذه المرحلة من العلاج.

إن قبول المعالج لكل الدوافع الناضجة وغير الناضجة، والمواقف العدوانية والاجتماعية ومشاعر الإثم والدوافع الإيجابية هو الشىء الوحيد الذى يعطى العميل فرصة ـ لأول مرة فى حياته ـ يفهم بها نفسه على ما هى عليه، وبذلك لا يحتاج لوقوفه موقفا دفاعيا بمشاعره السلبية ولا يعطى من الفرصة ما يجعله يقدر مشاعره الإيجابية أكثر من قدرها.

بعد ذلك نجد أن معرفة العميل لذاته (Self-Concept) وإدراكه لدواخلها وكوامن نفسه تبدأ فى الظهور رويدا رويدا من تلقاء نفسها.

٧ ــ تأتى بعد ذلك مرحلة الاستبصار (Insight) ومعناها إدراك النفس، التعريف على النفس، والتأمل وقبول الفرد لنفسه.

وهى الخطوة الهامة التالية فى العملية العلاجية، لأنها تقدم الأسس التى تساعد العميل على السير قدما نحو تكامل جديد، ونستطيع أن نوضح ذلك بما ورد على لسان طالب يقول: « أنا طفل مدلل، ولكنى أريد أن أكون طبيعيا.. ولن أسمح لأحد بعد اليوم أن يقول عنى ذلك... والآن بدأت أدرك لماذا أكره هذا المعلم... إنه كان ينقدنى بنفس الطريقة التى ينقدنى بها أبى ».

وفى كل هذه الحالات نرى العملاء يتأملون ويدركون حقيقة أنفسهم:

٨ ــ ترتبط بعملية الاستبصار وتسير معها عملية توضيح ما يمكن اتخاذه من قرارات، أو تقريره من إجراءات، فكثيرا ما نسمع العميل يقول: « هذه حالتى وأنا أرى ذلك الآن أكثر وضوحا، ولكن كيف أستطيع أن أظهر نفسى بشكل آخر وفى وضع آخر؟ ».

وإذ ذاك تكون مهمة المعالج أن يساعد على إيضاح الاحتمالات والرغبات المختلفة التى يمكن أن يختارها أو يتوجه إليها، وأن يضع نصب عينيه ما يمكن أن يبديه العميل من مشاعر الخوف، أو انعدام الشجاعة عند مواجهة الاحتمالات الجديدة، وليس عليه أن يفرض منهجا معينا أو يقدم نصيحة ما، حتى لا تكون عرضة لنفس ردود الأفعال التى أبداها العميل من قبل للسلطات التى حاولت تقويم سلوكه.

٩ ــ ثم يأتى بعد ذلك أهم النواحى العملية فى العلاج، وهى أن يبدأ العميل من تلقاء نفسه ببعض الخطوات والإجراءات الإيجابية التى تساعد على حل المشكلة ويحسن أن تكون هذه الإجراءات تالية ــ مباشرة ــ لمرحلة الاستبصار، أو إدراك العميل نفسه.

ونستطيع أن نوضح ذلك بحالة أم كانت تشكو من ابنها الردىء، وكراهيتها لهذا السلوك. وقد ترتب على ذلك أن أصبح سلوك الابن من النوع العدوانى، كما

أنه كان عنيدا وكثيرا ما تعرض لصعوبات فى الأكل واضطرابات فى النوم بسبب شعوره بعدم الأمن فى محيط أسرته، وقد وضعت والدة هذا الطفل خطة تتضمن الإجراءات اللازمة لإصلاح حال ابنها، فأرسلت أولادها لجدتهم ليبقى الابن وحيدا معها ويقوم بمساعدتها، وهذا إجراء إيجابى جعلها تشعر بالسرور لنجاحها فى جعل هذا الابن ذا أهمية فى المنزل. إن هذه الأم بعد أن أدركت الحالة الوجدانية بينها وبين ابنها بدأت تترجم هذا الإدراك وتحوله إلى إجراءات معينة لتمنح ابنها حاجته من العطف والحنان، ومثل هذا السلوك لو اقترح عليها انتهاجه بعد التشخيص مباشرة لكان أول رد فعل له هو الرفض التام.

١٠ — تبقى بعد ذلك خطوات معينة تهدف إلى المزيد من النمو الطبيعى لشخصية العميل، ويتم ذلك كلما زاد العميل إدراكا لنفسه، لأن ذلك يدعوه إلى مزيد من الشجاعة لكى يتعمق فى بحث دوافع سلوكه.

١١ — الاستزادة من الخطوات الإيجابية المتكاملة المنسقة من ناحية العميل من شأنها أن تزيد من ثقته بنفسه، وتشجعه على أن يعمل بمحض إرادته، وإذ ذاك يكون المعالج والمريض فى جو آخر جديد، تكون علاقتهما الشخصية قد وصلت إلى أسمى درجاتها، ونلاحظ فى هذه المرحلة من مراحل العلاج أن العميل يبدأ فى التدخل والرغبة فى التعرف على شخصية المعالج كفرد، ويظهر من معانى الصداقة والمحبة الشىء الكثير، كما أنه يعترف للمعالج لأول مرة بالجميل، والشعور بالشكر على ما قدمه له من معونة.

١٢ — يبدأ العميل الآن يشعر بأن هذه العلاقة لا بد أن تنتهى، ويقل إحساسه بالحاجة إلى المعونة، ويبدأ فى الاعتذار عما سبب للمعالج من العطل، وإذ ذاك يقبل المعالج هذا الوضع الجديد على أنه درجة من درجات النمو استطاع فيها المريض أن يتناول مشاكله وحده، وأن يسير قدما دون حاجته لمعاونة المعالج، وفى هذه المرحلة ينبغى ألا يحدث الضغط على العميل ليستمر فى مواصلة العلاج أو ليكف عن العلاج، بل يعبر العميل عن بعض مشاعره الشخصية كالشكر والاعتراف بالجميل والأسى لترك العيادة ... إلخ. وعندئذ يجب أن يندمج المعالج عاطفيا فى الوضع الجديد إذا رأى أنه قد نجح فى خلق جو وجدانى جديد طيب.

بعض الاعتبارات التى تواجه المعالج

فى الزيارات الأولى

سنعالج هنا بعض المشاكل التى تواجه المعالج فى المقابلة الأولى للعميل، وما يجب أن يتخذه من إجراءات لتيسير العلاج النفسى بواسطة فهم المريض للوصول إلى دوافع المرض:

اتجاه المريض نحو العلاج:

إن الاتجاه الذى يصل به المريض إلى العيادة يجب أن يكون موضع الاعتبار، فالطفل الذى يحضره للعيادة ضابط البوليس ينظر للمعالج على أنه ذو صلة بالمحكمة « وهو لذلك لا يبدى أية معاونة فى اتجاه يرمى إلى تكوين صداقات »، ولهذا يظهر عداء كبيرا نحو المعالج، كما يبدى جميع الدلائل على أنه لا يريد مساعدته، لشعوره بأنه اقتيد إلى العيادة رغم أنفه، وفى مثل هذه الحالات يكون العلاج النفسى قليل الفائدة.

وتكون على النقيض من ذلك السيدة التى تحضر إلى العيادة لأنها تدرك أنها تلقى فيها المساعدة والعون لحل ما تقع تحته من ضغط عظيم تشعر به، ولهذا تتحدث مع المعالج مباشرة عن آلامها.. ولا شك أن هذه السيدة المدفوعة بهذه الرغبة الشديدة فى العلاج ستستفيد من كل علاج يقدم إليها.

وهناك من العملاء خصوصا الأطفال من يكره العيادات السيكلوجية لأنها تشبه عيادات الأطباء البشريين.

وهناك كذلك نوع من العملاء يستسلم لكل ما يطلبه المعالج دون أن يبدى أية رغبة فى أن يتخذ من الإجراءات العملية ما يساعد عملية النمو الجديد.

إلى جانب هذه الصعوبات توجد صعوبات أخرى من أهمها: الاختلاف فى الفوارق والمميزات عند الأفراد.

فهناك المريض الثابت الهادئ ، وهناك المريض القلق الكثير الحركة والكلام ، وهناك المريض الضعيف العقل والمتوسط الذكاء ، وهناك المريض المتوقد الذكاء ... إلخ .

مدى إمكان العلاج النفسى :

يكون العلاج النفسى فى بعض الحالات معقدا ، وفى بعض الحالات الأخرى يكون ممكنا ، غير معقد ولكى يكون العلاج النفسى مفيدا ناجحا ، يجب أن يشعر العميل بأن ضغط الظروف المحيطة به ، أصبح قويا إلى حد أن المتاعب التى يلاقيها من ممارسة ما يشكو منه من مشاكل تكون أقوى وأشد من المتاعب التى يلاقيها فيما إذا تعاون مع المعالج على إيجاد حل لما يشكو منه من صراع ومشاكل .

ومن أجل ذلك كان واجب المعالج أن يسأل نفسه هذا السؤال : هل العميل خاضع لمؤثرات وضغوط معينة ؟ ولا بد للاخصائى النفسانى الخبير بعمله أن يتأكد من مدى خضوع العميل لمؤثرات وضغوط معينة . إن العلاج النفسى لا يكون ذا أثر فعال إلا إذا كان هناك مؤثر معين من الألم النفسى الذى يؤدى إلى حالة من حالات عدم التوازن ، وهى غالبا ترجع إلى أصول نفسية ناشئة من صراع بين الرغبات وتعارضها . فالطالب الذى يشكو من عدم التوافق الاجتماعى يريد أن يكون أكثر اجتماعيا ، ولكنه يخشى مع ذلك أن يتعرض لأخطار التحقير والشعور بالنقص ، وهذه يشعر بها كلما خاطر بنفسه فى نشاط اجتماعى من نوع معين .

والشخص الذى يشعر برغبات جنسية من جهة ، والشعور بالخطيئة من جهة أخرى ، يتعرض لنوع من التوترات النفسية التى تحدث نتيجة صراع تسببه مطالب البيئة ورغبات الفرد . ومن بين الحالات الأخرى التى تؤدى إلى الصراع أن يندفع شخص ما إلى الزواج فى حالة لا يشعر فيها بالنضج والاستقلال وعدم الرغبة فى تحمل المسئوليات ، كما أنه يشعر بأن العملية الجنسية نوع من المحرمات المخالفة للدين والتقاليد المرعية .

إن العلاج النفسي يصبح ضرورة فى الحالات السابقة ، ذلك لأن كل فرد من أصحاب الحالات التى ذكرناها قد تعرض بسبب الصراع بين الرغبات والمطالب إلى ألوان شتى من الآلام والتوترات التى يشعر بها ، فيحاول أن يجد لمشاكله حلا ، وفى بعض الأحيان يلاحظ أن رغبة العميل فى التحرر من مشكلته ليست بدرجة تفوق الآلام التى يشعر بها عندما يواجه دوافعه الخفية ، ونستطيع أن نوضح ذلك ببعض الأمثلة :

طفلة صغيرة وضعت فى إحدى مؤسسات الأحداث لسوء سلوكها ، وكان الدافع على سوء سلوكها أنها كانت تشعر بأنها منبوذة من أمها ، وعندما حاول المعالج فى زيارات عدة علاجها وجدها تمثل دور المحبة لأمها ، وأخذت تكرر عدم زيارتها لها أو مراسلتها ، كما كانت تؤكد حب أمها لها ، وهو وضع أبعدها عن مصدر الصراع الناتج عن حرمان الأم إياها من الحنان ، وهذا الصراع يكون أعمق وأشد تأثيراً لو أن علاجه بدأ فى منزل العميلة حيث تكون تصرفات الأم نحو ابنتها وسيلة من وسائل استمرار إعادة وخلق تقوية الشعور بالحرمان .

مثال آخر : ولد متفوق فى دراسته ، ومشكلته التى وفد من أجلها للعيادة كانت تنحصر فى سرقته ملابس السيدات الداخلية . وعندما شخص للعيادة أظهر رغبة ملحة فى احتياجه للمعاونة ، ولكنه لم يفصح عن الإحساس الذى يشعر به ولا عن المواقف التى يشعر فيها بهذا الإحساس ، وكان ذلك مدعاة لفشل العلاج الذى أرجعه المعالج إلى أن الألم الذى يشعر به مصدره أحاسيسه الجنسية التى يعتبرها من خصوصياته ، وكذلك إلى أن الألم الذى يشعر به كلما حاول أن يخرج المواقف المكبوتة من أعماق نفسه أكبر بكثير من الألم الذى يعانيه من هذه المشكلة [مشكلة سرقة الملابس] وما يترتب عليها من تعرضه للسجن فضلا عن المتاعب الكثيرة التى تسببها له .

والخلاصة : أن رغبته فى التحرر من هذه المشكلة ليست من القوة بحيث ترجح الآلام المستمرة التى يشعر بها عندما يواجه دوافعه الدنيئة .

وأحب أن أشير إلى أن المعالج يجب أن يسأل نفسه السؤال التالى قبل بدء العلاج :

هل العميل واقع تحت تأثير توتر وضغط نفسى يجعل حل مشاكله أكثر راحة له من حالته الراهنة ؟ وهل هذه المتاعب النفسية من الضخامة بحيث تفوق المتاعب التى يعانيها من إظهار أحاسيسه المكبوتة ، ومشاعره الخفية التى كان لها دخل فى خلق هذه المشكلة ؟

هل العميل قادر على أن يغير من موقفه وظروفه ؟

إذا أمكن معالجة الفرد علاجا يساعده على معرفة قيمته والتصرف فى مشاكله على أسس جديدة فإنه يستطيع أن يواجه انسجامه الاجتماعى فى الحياة بشكل طبيعى وبأقل قدر ممكن من التوتر والضغط ، كما يستطيع أن يشعر بالإشباع الاجتماعى الصحيح بطريقة يقرها المجتمع ، غير أن هناك أفراد وصلوا إلى درجة من الحقارة وضعف الشخصية لا تمكن المعالج من إعادتهم للسلوك السوى .

فالطفل الذى يعيش فى بيئة وضيعة ، وفى وسط يسوده التشرد ، وفى الوقت نفسه يشعر مدرسوه دائما بالفشل ؛ كما يعامل معاملة سيئة فى الأسرة من أجل أخيه الأصغر ، وهذا يجعله يشعر بأنه مهمل ومنبوذ . هذا النوع من العملاء لا ينفع معهم دون ريب العلاج النفسانى ؛ وكل ما يفيد طريقة العلاج فى هذا النوع ينحصر فى تغيير البيئة أكثر من أى شىء آخر .

وما يقال عن هذا الطفل يقال كذلك عن المرأة المريضة اللااجتماعية المحرومة من متعة الحياة الزوجية لعدم التوافق بينها وبين زوجها ، فضلا عن قلة أصدقائها ، هذه المرأة لا يمكن تغيير موقفها من ابنتها الوحيدة ، لأنها دائما تسيطر عليها وتتمسك بها ، ولا يمكن تغيير هذا الوضع لأن تحرير البنت من سيطرة أمها هو حرمان لها من مصدر غذائها الروحى الوحيد فى الحياة . وقد ذكرنا فى المثال السابق عدم جدوى العلاج النفسى ، ونستطيع أن نؤكد الآن أن هذا النوع من العلاج لا ينفع ، لأن تبصير العميل بنفسه مع قيام العوامل المعاكسة لا يجعل له

قيمة . إن حالة السيدة السابقة تشبه إلى حد كبير المجرمين الذين أجريت عليهم تجارب التحليل النفسي وكشفت عن الأسباب التي دفعتهم إلى الإجرام ، والعلاج بواسطة التحليل فى هذه الحالات لم ينجح فى إقلاعهم عن الرذيلة ، لأن الظروف المادية والاجتماعية التي يخضعون لها كانت أقوى من قدرتهم على الاستفادة من تبصرهم بأنفسهم ومعرفتهم مصدر علتهم.

وصفوة القول : إن المعالج النفسي يجب عليه فى أول مقابلة للعميل أن يقوى قدرته على تحمل ما يتخذه من إجراءات تكفل تغيير مجرى حياته ، وأن يبذل جهده لجعل الموقف الاجتماعى الذى يعيش فيه العميل ميسور المناقشة والتغيير ، فإذا لم يستطع حاول إيجاد نوع من الإشباع يغير الموقف الاجتماعى ؟

هل العميل مستعد لتقبل المساعدة والعون ؟

إن أول سؤال يواجهنا هنا : هل يريد العميل أن يعاون حقا ؟ ذلك أنه بمقدار استعداده وبمقدار درجة انتباهه وإنمائه لهذه الرغبة عند ظهورها ، يكون العلاج النفسي ناجحا .

ولا شك أن الاستفادة تبدأ حين يكون العميل واقعا تحت تأثير آلام معينة أو ضغوط خاصة وهنا نجده حريصا على طلب العون من المعالج وميالا للإفضاء له بمتاعبه .

وإذا فرض أن العميل يعانى نوعا من الصراع أو الضغط لزم توفر شرطين مهمين يستطيع بهما أن يستفيد حقا من العلاج العملى .

الشرط الأول : لا بد من توافر الفرص التى تيسر تكرار الزيارة ، فالطفل نزيل إحدى مؤسسات الطفولة أقرب للاستفادة من الجلسات العلاجية من الطفل الذى تترك له حرية التردد للعلاج ، وإن كانت هناك بعض الصعوبات تنشأ من ربط العلاج بسلطة المؤسسة .

الشرط الثانى : أن يكون العميل قادرا على التعبير عن أنواع الصراع التى يقاسيها ، لأن ذلك هو الوسيلة الوحيدة لنجاح العلاج النفسى ، ويكون التعبير بطريق اللعب أو الكلام أو الرموز ؛ وعلى المعالج الماهر ، أن يخلق الإجرءات والمناسبات ويهيىء الظروف العلاجيةُ التى تساعد المريض على التعبير عما يقاسيه من آلام .

هل العميل واقع تحت تأثير رقابة عائلية أو متحررة منها :

إن صلة العميل بالأسرة والروابط التى تربطه بها من أهم ما يجب أن يجعله المعالج هدفا له ، وخاصة فى حالة الأطفال والمراهقين ، فما دام الطفل يعتمد اعتمادا عاطفيا على أبويه وخاضعا لسيطرتهما ورقابتهما؛ فإن العلاج النفسى له لا يكفى. إن العلاج النفسى لا ينجح إلا إذا استطاع الفرد اتخاذ خطوات إيجابية فى موقفه ، والوصول إلى درجة من التبصر بحقيقة نفسه ، وهذا عمل لا قبل للطفل به ، ولذلك كان العلاج النفسى للأطفال لا بد أن يتناول علاج آبائهم أو إرشادهم ، وإلا أدى إلى صراع الأطفال مع والديهم .

هل حالة العميل من ناحية الذكاء والسن والاستقرار مناسبة للعلاج :

إن نسبة من يستفيدون من العلاج النفسى تكون دائما فى ازدياد يطرد مع نسبة الذكاء ، وإليكم تجربة قام بها [هبلر] على ٤٠٠ حالة فاتضح له ما يلى :

الأطفال الذين نسبة ذكائهم بين ٧٠ و ٧٩ ، لم ينجح العلاج فى ٦٦٪ منهم .

الأطفال الذين نسبة ذكائهم بين ٨٠ و ٨٩ فشل العلاج النفسى فى ٢٣٪ منهم .

الأطفال الذين نسبة ذكائهم بين ٩٠ و ١٠٩ فشل العلاج النفسى فى ٢١٪ منهم .

الأطفال الذين نسبة ذكائهم أكثر من ١١٠ فشل العلاج النفسى فى ١٠٪ منهم .

هذا والسن عامل مهم فى تقرير مدى إمكان العلاج النفسى ، مع أنه لم يمكن إلى الآن تحديد السن المعينة التى ينجح فيها العلاج ، وكل ما عرف أن العلاج

بواسطة اللعب ينجح ابتداء من سن ٤ سنوات حتى سن ١٠ سنوات ، ذلك لأن التعبير الكلامى فى هذه السن المبكرة يكون غير ممكن ، أما العلاج بالتوجيه والإرشاد فلا ينجح قبل سن ١٠ سنوات .

ويرتبط بهذا مدى استقرار العميل ، فقد أثبت البحث الإكلينيكى أن حالات عدم الاستقرار الشديدة وخاصة ما كان منها يرجع إلى عوامل عضوية لا تجعل من العميل مجالا طيبا للعلاج النفسى ، فمثلا فى تجربة أجراها بعض الباحثين على مجموعة من العملاء الذين يشكون من حالات الشخصية السيكوباتية نجح العلاج النفسى فى ٧ من ٤٤ وفشل فى علاج ٣٧ حالة منهم ، ومرجع ذلك أن أمثال هذه الحالات تعانى درجة كبيرة من القلق النفسى .

الشروط التى يجب توافرها لنجاح العلاج

هل لبحث تاريخ الحالة أهمية فى العلاج ؟ :

لقد كان بحث تاريخ الحالة بما يحتويه من مراحل نمو الفرد ، والتطورات المختلفة التى تعرض لها هذا النمو ، والعوامل الاجتماعية والبيئية التى أثرت فى سير هذا النمو — ذو أهمية كبيرة فى الماضى عند تشخيص الحالة ، فقد كان هذا الأسلوب يعتبر الوسيلة الوحيدة لفهم القوى ذات الأثر الفعال فى حياة المريض ؛ أما الآن فقد أصبح بحث تاريخ الحالة كبداية للعلاج إجراء قليل الأهمية ، لأن جميع هذه البيانات عن الحالة — لا شك — يتصل بعملية العلاج اتصالا وثيقا .

ومن هنا أصبحت فلسفة العلاج الحديثة تنحصر فى اتخاذ كل الإجراءات التى تمكن من علاج العميل دون النظر إلى تاريخ حالته ، ولتوضيح ذلك نقول : إن المعالج إذا طلب من العميل أن يخبره عن ماضيه ، وتاريخ حياته فى المدرسة وفى المنزل ، واللعب ... إلخ ، فإن هذا الطلب يقتضى أن يعمل المعالج على حل مشاكل المريض ، وكأن لسان حاله يقول : أخبرنى عن تاريخ حياتك وأنا الكفيل بأن أحل لك مشاكلك ، ولا شك أن هذا الأسلوب فى العلاج يتعارض مع فلسفة العلاج

الحديث ، لأن مجرد سرد تاريخ الحالة ليس له أثر على عقلية المريض وتفكيره . أما إذا كان العلاج عن طريق الإرشاد ، فإن التوجيه الذهنى (العقلى) للعميل يكون هو الأساس الأول لعملية العلاج . إن سرد تاريخ حالة المريض له معنى بعيد فى ذهن العميل ، لأنه يجعله يتوقع أن يقوم المعالج له بحل مشكلته ويخلصه من المتاعب التى يعانيها ، وكل محاولة بعد ذلك لجعله يتحمل المسئولية أن يندفع للنمو ، أو لاقتراح بعض الحلول التى تعينه على حل مشكلته ، تلقى فى روعه من هذا التصرف من قبل المعالج معناه انسحابه وعجزه عن معالجته . فالأفضل للمعالج أن يبدأ مباشرة بالعلاج الذى يؤدى إلى بناء شخصية المريض ويهيئه للاستقلال والاعتماد على النفس ، وأهم ما يجب أن يسعى إليه المعالج هو معاونة العميل على بلوغ درجة من الانسجام مع ظروفه وأن يجعل ذلك هو هدفه الرئيسى ، سواء وصل إليه بالعلاج المباشر أم بكشف بؤرة العلاج بدراسة تاريخ الحالة ، وأغلب الظن أن العوامل التى أدت إلى ظهور الحالة أثناء حياة العميل تبدو أكثر ظهورا وطبيعية أثناء العلاج، أيسر مما لو طلب إلى العميل سردها بالطريقة التقليدية .

ضرورة خلق علاقات بين العميل والمعالج :

يتوقف على هذه العلاقات مدى نجاح العلاج النفسى ، وقد فشل كثير من المعالجين فى محاولة علاج حالات معينة ، لأنهم لم يفطنوا لأهمية خلق هذه العلاقات بينهم وبين العملاء . ولا بد أن أشير إلى أن العلاقات التى تنشأ فى العلاج النفسى ذات طابع خاص مميز ، إنها ليست كالعلاقة بين الأب والابن ، لانعدام الروابط العاطفية العميقة من جهة،ولوجود التبعية من جهة أخرى ، وقبول السلطة من جهة ثالثة ، كما أنها لا تشبهها فيما تمتاز به من الاستمرار والإخلاص الدائم . وتختلف كذلك عن علاقة الصداقة فى أنها ليست علاقة الند للند ، وليس فيها تفاهم الأقران ، ولا تشبه العلاقة بين المدرس والتلميذ بما تتضمنه من معانى السيطرة والخضوع ، أو أن أحد الطرفين يعلم والآخر يتعلم ، كما أنها تختلف عن العلاقة بين الطبيب الذى يعتبر مصدر التشخيص ومصدر النصح ومصدر

الإرشاد، والمريض الذى يلعب دور المطيع، الموافق، المعتمد على مشورة الطبيب؛ وهى تختلف كذلك عن العلاقة بين زملاء العمل والعلاقات التى تتكون بوجه عام فى العلاج النفسى تختلف كل الاختلاف عن كل ما سبق أن مارسه العميل من علاقات اجتماعية، وهذا لأن للمعالج أن يستنفد أغلب وقت المقابلة الأولى فى توضيح هذه الحقائق للعميل بالفعل والقول والعمل.

وقد يتعرض الكثيرون من المشتغلين بالعلاج النفسى، عن قصد أو عن غير قصد لسوء العاقبة بسبب عدم التقدير الصحيح لأهمية هذه العلاقات، ولعل بعض السبب فى ذلك ما أدلى به أنصار (فرويد) من أن المحلل النفسى يجب أن يمثل دور الأب، لأنه بذلك يحقق الثقة المتبادلة بين المعالج والعميل. وردنا المقنع على ذلك هو للأسف أن الوالد نفسه قد يكون مصدر القلق.

وهناك نواح أساسية فى علاقات العلاج النفسى، منها:

١ — أنه لا بد من توافر الحماس والشعور بالمسئولية، والاستجابة لدى المعالج لكى تتطور العلاقة بالتدريج إلى علاقات قوية. أما من جهة المعالج فيجب أن يكون واضحا لعقليته أنها علاقة وجدانية محدودة يمكن التحكم فيها، بمعنى أنه لا يندمج فيها اندماجا تاما، كما يجب عليه ألا يتظاهر بأنه ملائكى، أو أنه أكبر من أن يندمج فى هذه الوجدانات؛ فإن أقصى ما يطلب منه أن يكون حساسا بالقدر الذى يحتاج إليه المريض، لكنه يحذر من الوصول فى وجدانه إلى حد كبير مع المريض فلا يقع فى غرامه ويهيم به أو يبالغ فى عبارات التقدير أثناء العلاج، لأن هذا السلوك يجعله ويجعل علاجه لا فائدة منهما للمريض. يجب أن يكون المعالج قويا نفسيا، وأن يكون عادلا، شجاعا، عارفا بطبائع البشر، فمثل هذه المميزات تخلق روابط تمتاز بالحماس والاهتمام والاستجابة، وتنمى الروابط الوجدانية الواضحة المعلومة.

٢ — أن تكون العلاقات مما يسمح بالتعبير عن المشاعر، وذلك بأن يقبل المعالج كل ما يقوله العميل من حقائق دون مراعاة للمبادئ الخلقية أو الأحكام

الاجتماعية ، ويجب أن يسود المقابلات والزيارات جو من التفاهم الدائم ، بحيث يستطيع العميل أن يدرك أن جميع المشاعر والإحساسات يستطيع أن يعبر عنهما بصراحة كاملة مهما كانت عدوانية أو مخالفة للأوضاع (شعور بالكراهية نحو أمه أو رغبات جنسية جامحة).

٣ — ومع التحرر الشديد الذى يشعر به المريض فى تعبيره عن مشاعره نرى ضرورة وجود حدود معينة والتصرف أثناء العلاج ، وليس هذا معناه الحد من النشاط الحركى الذى يقوم به المريض أثناء المقابلة ، فقد يحدث أن يعبث طفل أثناء العلاج بتمثال يكون فى الحجرة أو يبصق فى وجهه أو يلعنه أو يرشه بالماء ... إلخ .

ولا شك أن هذا السلوك يجب أن يقبله المعالج ، لأن له دلالات نفسية (يتخذ الطفل التمثال بديلا عن أبيه) وليس معنى هذا أن نسمح للمريض بأن يبصق فى وجه المعالج مثلا أو يتلف الأثاث أو يلقى الطوب من النافذة ... إلخ .

ومن الجائز أن نسمح للمريض بتمزيق صورة المعالج ، ولكن ليس له أن يضربه ، ولا ينبغى أن نفهم من ذلك أن وضع حدود معينة للسلوك يعوق تقدم السير نحو العلاج النفسى ، فلا شك أن هذه الحدود وسيلة من وسائل النمو الطبيعى الذى يتطور إليه العلاج النفسى للمريض ، لأنها تشعره بأن هذا العلاج ليس إلا صورة من صور الحياة لها حدود معينة يجب أن يوائم بينها وبين نفسه .

٤ — يجب أن تكون علاقات المعالج بالعميل بعيدة كل البعد عن الضغط أو الإرغام أو المنع ، فالمعالج الخبير يجب ألا يفرض أثناء العلاج رغباته أو مبادئه ، وله أن يشعر المريض بأن الساعة المخصصة للعلاج ملك خالص له ، وليست ملكا للمعالج ، وأن يكون بعيدا كل البعد عن كل ما يفهم منه معنى الإجبار ، لأن هذا الأسلوب لا يساعد العميل على أن ينمو نمو إيجابيا ، فالأصلح أن نجعل العميل يعيش فى جو متحرر يستطيع فيه أن يعبر عن دوافعه وتصرفاته وما تضطرم به جوانحه من صراع ، وخلجاته النفسية ورغباته ، ومشاكله الحالية النفسية ، وأنه

فى غير حاجة لحماية نفسه من الهجوم ، كما أنه فى الوقت ذاته يجد أنه قد أمكنه التخلص من الكثير من التواكل وأصبح مستقلا بنفسه .

ومن أجل هذا لا يستطيع المدرس أن يقوم بدور العلاج النفسى مع تلاميذه ، ولا الضابط مع جنوده ، ولا الرئيس مع مرءوسيه ، ولا المحاكم مع الأحداث ذلك لأن العلاج النفسى لا يتفق وفرض السلطة .

والسؤال الذى يواجهنا الآن هو : كيف يمكن بناء هذه العلاقات بطريقة عملية ؟

إن أسلوب المعالج يختلف فى تكوين هذه العلاقات باختلاف الحالة ، فمثلا فى حالة الطالب الذى لديه مشكلة معينة تكون مهمة المعالج هنا أن يشرح للطالب أن حل هذه المشكلة يتوقف عليه هو ، وعلى الصدق فى شرح العوامل التى أدت به للموقف ، والوسائل التى يمكن بها علاج المشكلة ، ولا يغفل مع ذلك ضرورة إشراكه هو فى العمل .

وبذلك يخلق أساسا جيدا للعلاقات يبنى على فهم صحيح لمهمة كل منهما ، ويؤكد المسلك العلمى الذى يسير عليه المعالج ، أما فى حالة علاج الآباء فإنه فى هذه الحالة يكون تكوين العلاقات أصعب لما يتظاهر به الأب من عدم مسئوليته عن شذوذ ابنه ، ومن تنصله من أسباب هذا الشذوذ ، ومن أنه هو نفسه فى غير حاجة للعلاج النفسى وبذلك يحتاج المعالج إلى كثير من اللباقة فى معالجة الموقف ، ونلاحظ أن العلاج النفسى لن تكون له قوة خارقة فى علاج الكثيرين ممن لهم صلة بالمواقف والمشاكل .

فلا تمكن به معالجة الابن أو الموظف أو الخادم بعلاج الأب أو الرئيس أو السيد ، وفى علاج الأب لا بد أن يوجه المعالج اهتمامه ، وأن يفهم الوالد أن المساعدة التى يقدمها لعلاج الحالة أساسها تحسين العلاقة بينه وبين الابن .

وليس ضروريا أن تتكون العلاقات العلاجية بطريق الكلام ، فقد يحدث فى حالات الأطفال أن تتكون عن طريق اللعب (طريق العلاج باللعب) ،

والعلاقات العلاجية فى هذا الجو تتكون بواسطة العبـل أكثر منها بواسطـة الكلام ، وتقوى هذه العلاقة بقدر ما يقدم للطفل من أعمال ، وما يسمح به من نشاط . هذا ومما يزيد هذه العلاقة قوة ملاحظة الطفل ، فكل ما يقوم به من سلوك عدوانى يقبله المعالج والذى يحدث أن الطفل بعد كل سلوك عدوانى فى مجال اللعب ينظر إلى المعالج نظرة المتوقع عقابا من نوع معين أو تأنيبا خاصا ، وبعد ذلك أى عندما يجد أن هذا لا يحدث ، يدرك أن الموقف مختلف كل الاختلاف عما اعتاد عليه ، وأن كثيرا من الحركات المسموح بها لم يسبق أن مارسها ، وكل هذا يوحى إليه بأنه يستطيع أن يتصرف كيفما يشاء .

ولا شك أن هذا الشعور يخلق علاقات جديدة ، على موقف العلاج .

ضرورة وضع حدود معينة للموقف العلاجى

قد يبدو للكثيرين أن وضع حدود معينة للموقف العلاجى يجعله أمرا غير طبيعى ويبالغ فى ذلك الكثيرون من المتحدثين وهواة فن العلاج النفسانى ، فيرون أن من وسائل العلاج تحقيق كل رغبات العميل ، لأنه وسيلة من وسائل إظهار اهتمامه بالعميل ، ولكن هناك نواح لا بد أن يضعها المعالج نصب عينيه ، فقد تصل مطالب العميل إلى حد تصبح فيه عبئا ثقيلا على المعالج ، فيضطر إلى إظهار ضجره بعد أن يكون قد فات أوان وضع حدود معينة لرغبات الفرد ، وتكون النتيجة حدوث صدمة نفسية من نوع معين ، لأن العميل يجد أن الشخص الوحيد الذى كان يرجو منه معاونته أصبح هو الآخر ضجرا من تحمل طلباته . وبذلك يكون قد فشل كمعالج ، وأصبحت كل محاولة يقوم بها لعلاج المريض وسيلة لإيلامه .

وإذاً فكل موقف علاجى له حدود ، والمشكلة الآن هى : إلى أى مدى يمكن وضع خطوط معينة لهذه الحدود على أن تتضمن الخطوط الأمور التالية :

١ — **تحديد مدى المسئولية** :.إن من أهم الموضوعات التى يجب أن يستظهرها المعالج تحديد المسئولية ، فعليه أن يعين المدى الذى سيكون فيه مسئولا عن أعمال العميل ، وما يصدر عنه من المشكلات .

والذى يحدث فى أغلب الأحيان أن يظهر العميل رغبته فى أن يلقى على المعالج حل مشاكله ، فالأم التى تحضر لعلاج ابنها تضع المشاكل بين يدى المعالج بطريقة تتضمن رغبتها فى أن يتحمل هو مسئولية حلها ، وكذلك الأب الذى له طفلة متأخرة دراسيا يشعر بعد أكثر من جلسة أن المسئولية فى حل المشكلة متروكة للمعالج .

وعلى المعالج أن ينتهز هذه الفرصة فيؤكد للأم مثلا أن كل مساعدة يمكن تقديمها هى أن تفكر فى علاقتها بالطفلة والوسيلة التى تستطيع بها أن تتناول هذه العلاقة بشكل يساعد على إعادة بناء الطفلة .

على المعالج أن يفهم أن مهنة العلاج النفسى تقوم على معاونة الفرد على التفكير فى الطرق التى يستطيع بها أن يستعيد انسجامه مع الأوضاع الاجتماعية التى يعيش فيها .

٢ — **تحديد الزمن** : إن تحديد زمن معين للعلاج إجراء له أهميته ، ذلك لأن فترة العلاج — وساعته — هى فترة نمو موجه للعميل ، وأنها خبرة من خبرات الحياة العادية التى لا تخلو من قيود الزمن ، وفى استطاعتنا أن ندرك مدى أهمية تحديد الزمن فى الجلسات العلاجية ، وأن اتباعنا لحدود الزمن من دواعى تقدم عملية العلاج ، على ألا يكون الارتباط بالزمن بشكل ميكانيكى آلى ، بل يراعى فيه أن العلاقات العلاجية إنما هى علاقات بشرية وليست آلية .

٣ — **تحديد مدى التصرفات العدوانية** : إن هذا التحديد يطبق فقط فى العلاج باللعب مع العملاء الحديثى السن ، فإن الحرية التامة الممنوحة للطفل فى حجرة اللعب ليست حرية غير محدودة ؛ فيمكن أن يقال للطفل أثناء لعبه : « تستطيع أن تلعب أى لعب ولكن لا يكون ذلك فى الصالة » .

« تستطيع أن تلعب بجميع اللعب الموجودة على الرف وتفعل بها ما تشاء ، ولكن لا تقترب من الكتب » .

ويمكن للمعالج أن يحد من رغبة العميل العدوانية بإحدى الطرق الآتية :

أنا أعتقد أنك غاضب حتى اليوم .

أنا أعتقد أنك غاضب جدا ولكنك لا تحب أن تؤذيني .

إن هذه الحدود يهتم بها الكثيرون من المعالجين ، لأهميتها الشديدة فى الحد من سلوك العملاء العدوانى .

والكثيرون من الأطفال الشواذ وخاصة من يشكون الشذوذ بسبب عدم التواؤم يقبلون هذه الحدود بصدر رحب .

٤ — **حدود العطف** : من أهم ما يجب أن توضع له الحدود فى العلاج النفسى درجة العطف الذى يظهره المعالج ، وهو أكثر لزوما للأطفال ، ولكن يجب أن يكون موضع الاهتمام فى كل حالة من حالات الكبار ، وقد تظهر مشكلة مدى العلاقات العاطفية فى صورة من الصور الآتية :

يطلب العميل استمرار علاقته بالمعالج ، بعد ساعة الاستشارة ، أو أن يطلب العميل تحقيق رغبات مادية « حلوى من نوع معين » وطلب الهدايا دائما من مظاهر سلوك الأطفال المنبوذين .

إن وضع حدود معينة له أهمية كبرى للمعالج ، لأنه يعينه على أن يكون أكثر راحة ، وأن يؤدى عمله بشكل منتج ؛ كما أنه يجعل المعالج طيبا جدا فى معاملته للعميل ، هذا وأحب أن أشير إلى أن عدم رسم حدود معينة فى العلاج قد يجعل العميل يرهق المعالج بطلباته ، وهذا يجعل المعالج يتخذ باستمرار موقف الدفاع ، ومن أجل ذلك كان واجبا على المعالج أن يعلم جيدا حدود مهنته ليبعد عن نفسه هذا الموقف الدفاعى ، وأن يكون أكثر إنتاجا وحساسية لمطالب العميل ومشاعره ، وأن يرسم سياسة ثابتة تيسر للعميل أن يعرف نفسه .

أهداف العلاج النفسى غير الموجه

الإفصاح عن المشاعر (التفريغ)

تمهيد :

إن أهم ما يهدف إليه العلاج النفسى هو الوقوف على المشاعر والدوافع الوجدانية التى تتركز حول المشكلة وأنواع الصراع التي يعانيها الفرد ، وليس من السهل تحقيق هذا الغرض ، لأنه معقد ؛ ويزيده تعقيداً أن العميل لا يعبر تعبيرا دقيقا عن المشاكل الأساسية فى الموقف ، بل يلجأ إلى التعبير عن المواقف السطحية ، والمشاعر التى يمكن بسهولة التعبير عنها ، والتى لا تكون ذات دلالة مميزة فى الحالة المطلوب علاجها .

والطريقة الوحيدة للوصول إلى المشاكل ذات الأهمية فى حياة المريض وما يصاحب ذلك من صراعات مؤلمة ، هى أن يتتبع المعالج مشاعر العميل كما هى ، وهى التي يكون قد عبر عنها بحرية تامة . والكثير من مشاكل بعض العملاء قد لا يظهر له أى أثر ، كما لا يمكن أن يتضح بمجرد استجواب المعالج للعميل ، وفى أمثال هذه الحالات تصبح عملية العلاج النفسى عملية فاشلة ، نظرا لما تتطلبه من وقت طويل .

وللتغلب على هذه الصعوبات ، ولكى لا يهرب المريض من مشاكله الحقيقية ، يحسن تشجيعه على أن يعبر عن نفسه بأقصى ما يمكن من الحرية دون أن يحاول المعالج — بشكل ملحوظ — أن يظهر من النشاط أو ردود الأفعال ما يحول الجلسة العلاجية إلى اتجاه معين .

وهناك مبدأ آخر لا يقل أهمية عن المبدأ الأول ، وهو أنه يجب أن تكون الناحية الوجدانية فى كل ما يذكره العميل محل اعتبار المعالج ، ذلك أن القليل من المشاكل التى يتعرض لها المريض ترجع إلى أسس منطقية أو عقلية ، ومعنى ذلك أن الناحية الوجدانية فى كل ما يذكره العميل يجب أن تكون محل اعتبار المعالج أكثر من

الناحية العقلية المنطقية . ونستطيع أن نوضح ذلك بحالة الطالب الذى يشكو من سوء درجاته فى المواد الدراسية المختلفة، فيكون رد المعالج عليه : ما هى درجاتك ؟ كم درجة حصلت عليها فى الطبيعة مثلا ؟ إن أمثال هذه الأسئلة يوجه الاهتمام إلى العناصر العقلية المنطقية فى المحادثة ، وعلى هذا النحو ننأى بالعميل عن نواحى الأحاسيس الوجدانية .

وسنعرض فيما يلى الكثير من المعلومات والخبرات التى تتصل بالموضوع ، الإفصاح عن المشاعر فى الجلسات العلاجية :

الاستجابة للمشاعر السلبية :

على المعالج أن يساعد العميل على أن يبرز شعوره بالمواقف العدائية ككراهيته لرئيسه مثلا أو لأبيه ، وقد تتطور هذه المشاعر السلبية حتى تتجه إلى العميل نفسه أحيانا ، أو إلى المعالج أحيانا أخرى ، وفى هذه الحالة يجدر بالمعالج أن يستعمل من الفن ما يجعل هذه الأحاسيس والمشاعر تظهر فى صورة واضحة ، دون أن تتحيز إلى أية ناحية ، وأن يجعل العميل يشعر بها ، لأنه لا بد أن يمثل معه دور المرآة التى مهمتها إظهار شخصية العميل كما هى أمام عينيه ، وألا يقف منه موقف المدافع عنه ، عطفاً عليه ، أو موقف المدافع عن نفسه ، رغبة فى تبرير سلوكه . كثيراً ما يشعر العميل بأنه غير ذى قيمة ، وأنه غير مستقر ، وأنه متواكل ، وغير أهل للحب ، وغير قادر على المواءمة بينه وبين غيره ، ولذلك يعبر عن جميع المشاعر السلبية التى يشعر بها نحو نفسه ، وفى أغلب الأحيان يلجأ إلى التخفيف من حدة مبالغة العميل فى هذا الاتجاه ، إلا أن هذه الوسيلة لا تعتبر علاجا نفسياً سليما ، لأن العميل يجب أن يعرف نفسه كما هى ، كما يجب عليه أن يواجه هذه المشاعر بصراحة تامة ، وأن يعترف بأن هذه هى صفاته ؛ وكل ما يفعله المعالج أن يعاون العميل على التقدم فى العلاج حتى يحس بأنه ليس شاذا ، وبذلك يدرك نفسه بشكل أكثر اطمئنانا .

الاستجابة للمشاعر المتناقضة :

فى أثناء دراسة مشاعر العميل يصطدم المعالج كثيراً ببعض المشاعر المتعارضة التى تبدو متناقضة أكثر منها متفقة ، كأن يبدو على العميل أنه يكره والده جداً ، ولكنه فى الوقت ذاته يقوم بخدمته ورعايته ؛ أو أنه يريد أن يدرس مادة الرياضة ، ولكنه يشعر بأنه يكرهها ؛ أو يريد أن يستقيل من النادى الذى يشترك فيه ، وفى الوقت ذاته يقول إنه يحب زملاءه الأعضاء فى النادى إلخ .

فمثل هذه المشاعر المتناقضة يجب أن يهتم بها المعالج لأنها هى نفسها مفتاح لأنواع الصراع التى تدفع بالعميل إلى مواقف عدم الملاءمة . ولا يصح أن يقول إن هذه المشاعر التى يعبر عنها العميل تبدو متناقضة تماما ، ذلك لأن تناقضها ليس معناه أن واحدة منها حقيقية والأخرى غير حقيقية بل كلها مشاعر حقيقية ، وكلما أمكن إظهارها فى مواقف العلاج المختلفة كلما استطاع العميل أن يصل إلى درجة عالية من التقدير الصحيح الواقعى لعلاقاته بوالده مثلا ، وإذ ذاك يجد نفسه قد تخلص من أنواع الصراع النفسى التى كان لا يفهمها قبل ذلك .

مشاعر العميل تجاه المعالج :

فى كل موقف علاجى ، غير سطحى ، يحدث أن يظهر العميل بطريقة ما مشاعر معينة نحو المعالج ، بعضها سلبى والبعض الآخر إيجابى . وفى هذا المقام يستطيع المعالج أن يتناول هذه المشاعر بشكل مفيد إذا استطاع أن يعترف بهذه الحقيقة ، وهى أن التعبيرات غير موجهة نحوه كفرد ، ولكنها موجهة نحو خبرة العلاج من حيث إنه يحدث فى بعض الأحيان إيلاما أو لذة للعميل تنتج خلال تلك الفترة .

ومن رأينا أن المعالج يجب أن يقبل هذه المشاعر على أنها ليست أكثر من جزء مؤقت من الموقف العلاجى كله . ومن الأدلة التى نستطيع أن نستنتج منها أن هنالك مشاعر سلبية أو عدائية نحو العلاج ؛ ما يبديه العميل من تأخره عن المواعيد ، أو الرغبة فى ترك مكان العلاج قبل الموعد ، أو ما يبديه من عدم القدرة على سرد متاعبه ، وهى المتاعب التى كانت واضحة فى تقارير سابقة .

ولا شك أن مثل هذه المشاعر السلبية لعملية العلاج عامة ترجع إلى ما تسببه العملية من شعور بالألم عندما تؤدى إلى إعادة المشاعر المؤلمة إلى الظهور فى الشعور، أو ترجع إلى أن العميل أصبح يشعر بالضيق، لأن الإجراءات المطلوب منه القيام بها لحل مشاكله أصبحت أصعب مما يحتمل، وحينئذ يكون موقف المعالج هو نفس الموقف الذى يقفه من المشاعر السلبية دائماً وهو ترك الحرية للعميل لكى يعبر بصراحة عن مشاعره

بعض المشاكل التى تواجه المعالج أثناء عملية الإفصاح عن المشاعر :

١ ــ العميل المقاوم (Resistant Client)

إنه هو الذى يمتنع عن الكلام ومدة الصمت يعتبر طولها مقاومة لعملية العلاج، ويجب على المعالج عندما ينصت للعميل أن يعمل على إخلاء الموقف من كل عوامل الارتباك؛ ويكون ذلك : إما بانشغاله بالكتابة، أو بإشعال « سيجارة » وعندما تزداد فترات صمت العميل لعجزه عن الانطلاق فى التعبير يجوز أن يطلب منه المعالج كتابة مذكرات عن نفسه. وقد يستعمل مجموعة من الأسئلة فى شكل استفتاء يقصد به شغل فترات الصمت.

وهناك طريقة أخرى يلجأ إليها المعالج إذا تكرر صمت العميل أثناء الجلسات، وهى طريقة استعمال العلاج باللعب، وتفيد هذه الطريقة فى الكشف عن كثير من هذه المواقف ذات الصبغة الوجدانية فى حالات الصغار والمراهقين.

٢ ــ العميل الذى يطلب إجابات :

كثيرا ما يسأل العميل بعد أن يسرد بعض متاعبه أسئلة من هذا النوع : « ماذا أفعل ». وقد ثبت من الخبرة أن المصابين لا يطلبون إجابة على مثل هذه الأسئلة، وهى حقيقة يصعب على المبتدئين من المعالجين تصديقها، وهم لا يعرفون أن هذه الأسئلة يقصد منها جعل المعالج فى صف العميل، فيجيب على الأسئلة بالإجابات التى يقبلها، أو يريد بذلك أن يستغل المعالج كمركز لعدواته، إذا كان رده على السؤال لا يصادف هوى فى نفسه.

ونستطيع أن ندلك على ذلك بما ظهر من سلوك تلميذة كانت تعترض على حياة المدرسة وتظهر الثورة الشديدة على العلوم المختلفة فيها . سألت هذه التلميذة المعالج عن فائدة دراسة « الزاوية » فى الهندسة؟ فأجاب المعالج بأنها تفيد فى دراسة القياس ، وهنا أجابت التلميذة بلهجة مريرة « بايخ » ولها كل الحق ، لأن المعالج أحال العلاج النفسى إلى نوع من الدراسة المدرسية . إن التلميذة لا تسأله ليجيب عن النواحى المنطقية فى السؤال ؛ إنها تسأله لتعرف : هل هو فى صفها أم فى صف أمها التى تؤمن بأن كل العلوم المدرسية ذات فائدة .

ولكن إذا أجاب المعالج على سؤالها إجابة تدل على قيمة العلوم فإنها غالبا ما تكون إجابة غير ذات فائدة والمعالج يعطيها بذلك سلاحا ضد أمها وضد المدرسة . أما إذا أجاب بأنها مفيدة ، فقد انضم إلى صف الأم ، وجعل عملية العلاج النفسى فاشلة ، وفى كلتا الحالتين لا يتقدم المعالج كثيرا فى طريقة العلاج النفسى نحو الهدف المرجو ، وهو معاونة التلميذة على النجاح فى خلق مواقف أكثر إنسانية فى علاقاتها بالمدرسة وبأمها .

ويمكن أن يحقق المعالج ذلك ، بالاهتمام بالنواحى الوجدانية فى حالة العميل ، وبذلك يدفعه هو لتقليل أهمية سبب المشكلة على أن يعرض بنفسه الحل الملائم والإجابة على السؤال .

ماذا يفيد العميل من عملية الإفصاح عن مشاعره :

إن القيمة التى تقرر أهمية التعبير عن المشاعر واضحة ، ففى الخطوة الأولى يحصل العميل على راحة وجدانية من مشاعره والمواقف التى يكبتها . ومن الممكن ملاحظة الراحة الجسمانية والراحة من التوتر الفسيولوجى الذى يصاحب التفريغ ، فما يلبث العميل أن يتحرر من تلك المشاعر التى تخلق له التوتر ، وهذا يجعله أكثر ارتياحا وأكثر استقرارا فى نظرته لنفسه ولمواقفه .

وإن إتاحة فرصة للتعبير الحر تساعد العميل على أن يكتشف موقفه بطريقة

أكثر ملاءمة مما سبق له قبل العلاج ، وخاصة فى الحالات التى تكون فيها العوامل الوجدانية فى أقل درجة .

والحديث عن مشاكل الفرد فى جو تصبح فيه المواقف الدفاعية غير لازمة يجعل من الممكن توضيح الموقف الذى يجب أن يفعله ويتخذه ، وليس هذا فحسب ، بل إن العميل يفهم نفسه فهما صحيحا ، فإنه عندما يتكلم بحرية عن نفسه يصبح قادرا على أن يواجه النواحى العديدة من نفسه دون تبرير أو إنكار ، فهو يواجه ما يحب وما يكره ، ويواجه مشاعره العدوانية ، كما يواجه مشاعره الإيجابية ، ويواجه رغبته فى الاتكال ، ورغبته فى الاستقلال ، ورغباته المكبوتة ، وأهدافه الحقيقية والخيالية على السواء ، لأنه فى وسط ضغوط الحياة وصراعها لا يتسنى له ذلك ، فهناك ولا شك جبهة دفاعية لا بد له أن يحتفظ بها فى كل وقت ، ولكنه فى مواقف العلاج يتحرر من كل ضرورة تجعله يقف موقفاً دفاعيا ، لأن العميل لأول مرة فى حياته لديه فرصة ينظر بها نظرة صريحة إلى نفسه ، وأن يذهب إلى ماوراء هذه الجبهة ليقيم نفسه تقييما صحيحاً .

وعندما يجد أن هذه النفسية المختفية ، هذه النفسية المرفوضة ، قد أصبحت موضع قبول من المعالج ، فإن العميل يصبح قادرا على أن يقبل هذه النفس التى كانت حتى الآن مختفية ، وبذلك يجعل قبوله لقدراته ونواحى ضعفه على أنها نقطة ابتداء مريحة للتقدم نحو النضوج يحل محل القلق والاضطراب ، والشعور بعدم الملاءمة .

هذه الفوائد هى التى تجعل التفريغ عملية علاجية ، وعلى المعالج أن يخلق جوا من الانطلاق يستطيع العميل به أن يعبر عن نفسه ، إذ أن التعبير عن المشاعر يؤدى إلى انطلاق قوى يخلق فى النفس قوى كانت ـــ حتى تلك اللحظة ـــ تستعمل فى الاحتفاظ بقوة معينة دفاعية .

وحتى ولو لم يزد العلاج عن ذلك فإنه يؤدى إلى فوائد جمة ؛ ذلك أنه يعطى العميل نقطة البداية للتبصر فى نفسه ـــ كما أنه ـــ وقد شعر العميل لأول مرة فى حياته بأن هناك فردا يعترف بمشاعره ويؤمن بها ، يرى أنه لا داعى لأن يتخذ موقفا دفاعيا فيما بعد ـــ بل يحاول أن يستفيد من هذه القوى الدفاعية فى إعادة بناء نفسه .

وفى بعض الأحيان قد يقوم بالعلاج النفسى من ليست له به خبرة أو كفاية، فيسدى النصح والإرشاد ويوجه النقد للمريض، وهذا النهج مما يزيد الحالات تعقيدا، كما يزيد استغلاله لطاقته الفكرية والنفسية باتخاذه موقف المدافع بعد أن استمع إلى بعض النصائح والتوجيهات سواء آمن ببعضها واعترض على الآخر، أو رأى فيها مظهراً جديداً من مظاهر ردود الأفعال التى تدل على عدم الملاءمة.

وخلاصة القول إنه فى الاستشارة والعلاج النفسى يعتبر من أهم أغراض المعالج معاونة العميل على أن يعبر بحرية عن المواقف الوجدانية التى تبدو أساسية فى مشكلات الملاءمة ونواحى الصراع التى يتعرض لها.

وعند تنفيذ هذا يجب على المعالج أن يتخذ طرقا متعددة تساعد العميل على أن يطلق لمشاعره العنان بلا أى عوائق.

ويجب أن يحاول المعالج الاستجابة إلى رغبات شعوره وأن يتعرف عليها لفظيا أكثر من أن يتعرف على النواحى العقلية التى تظهر فى اعترافاته وتعبيراته.

هذا المبدأ ينطبق على جميع أنواع المواقف الوجدانية مهما كانت سلبية، سواء منها مواقف العداء السلبية أو الخذلان أو الخوف إيجابية كانت كالحب، والشجاعة والثقة بالنفس، أو كانت مواقف مختلطة ممتزجة أو متعارضة. وهذه الطريقة فى العلاج غاية فى الحكمة سواء أكانت مشاعر العميل موجهة نحو نفسه أم نحو الآخرين أم نحو المعالج نفسه.

وفى كل حالة يجب أن يهدف المعالج إلى الاعتراف والاستجابة للمشاعر التى يعبر عنها، وأن يتقبلها بصراحة كعنصر هام فى المشكلة وفى علاقات العلاج كما أنه يتحاشى التعرف اللفظى على المواقف والاتجاهات المكبوتة التى لا يقدر العميل على الإفصاح بها.

وفى هذه العملية يجد العميل أن هناك انطلاقات لمشاعر كانت حتى تلك اللحظة مكبوتة، فيزيد ذلك إدراكه للعناصر الأساسية فى موقفه الخاص، كما يزيد من قدرته على التعرف على مشاعره الخاصة بصراحة، ودون خوف. ويجد أيضا أن موقفه يتضح فى عملية الكشف هذه، ويبدأ بعد ذلك فى إدراكه العلاقات بين ردود أفعاله المختلفة؛ وهذا الإدراك هو الخطوة الأولى بل الأساسية فى عملية الاستبصار.

أهداف العلاج النفسى غير الموجه

(الاستبصار)

تمهيد :

إن التعبير عن المشاعر له أهمية قصوى فى العلاج النفسى، ذلك لأن خبرة العميل فى سرد مشاعره التى كانت ممنوعة لا تفيده فقط فى راحته النفسية، بل تفيده أيضا فى أن يبسط فكرة مغايرة إلى درجة تجعل مفهومه عن نفسه مختلفا عما كان عليه، ويصبح بعد ذلك ـ بما تكون لديه من قدرة جديدة على الاستبصار ـ قادرا على أن يوجه نفسه فى طرق جديدة .

ويحسن هنا أن نقول بكلمة (استبصار أو الاستكناه النفسى Insight) ، هو إدراك الفرد لمعان جديدة فى خبرة الفرد الشخصية، وإدراك علاقات جديدة بين الأسباب والنتائج، والحصول على فهم جديد للمعانى التى كانت تدل عليها مظاهر السلوك وأن يفهم الأسس التى كان يقوم عليها سلوكه . إن معرفة كل ذلك هو المقصود بكلمة استبصار أو الاستكناه النفسى .

ماذا يعنى الاستبصار للعميل ؟:

(أ) أن يرى الحقائق القديمة فى ضوء علاقات وأوضاع جديدة، مثال ذلك : حالة أم طفل فى سن الثالثة عشرة، وُجد أن عمره العقلى لا يتجاوز الثامنة، وعند مواجهة أمه بالحقيقة لم توافق على ذلك، ورفضت الاعتراف بهذه الحقيقة رغم تأكيد جميع الخبراء لها ذلك .

غير أن الموقف تغير حيالها بعد ذلك عندما تخلصت من تلك الضغوط النفسية التى كانت تحول دون تسليمها بالحقيقة السالفة الذكر، وبعد أن أطلقت لمشاعرها العنان بعد وضعها فى موقف علاجى؛ عندئذ بدأ ينمو عندها «الاستكناه النفسى»، وبمعنى آخر بدأت تستبصر الموقف، وتنظر إليه على ضوء جديد .

وعلى ذلك يمكن أن نقول إن المشكلة لم تتغير ، ولكن الذى تغير هو أنها أصبحت حرة فى مشاعرها للحد الذى يُمكنها من النظر إلى الحقائق القديمة بطريقة أخرى ، وعلى ضوء جديد . وكل هذا جعلها تكشف علاقات جديدة بين المواقف المعتادة ، وجعلها أيضا ترغب فى أن تعترف بمدلولات المادة المعروفة لديها . وهذا الاستبصار لا يمكن تحقيقه بمجرد المحادثة مع العميل وإلقاء العظات عليه ، وإنما الاستبصار هو خبرة يحققها العميل نفسه بنفسه .

(ب) أن يزداد بالتدريج فهم العميل لنفسه :

إن الاستبصار معناه الوصول بالعميل إلى درجة طيبة من فهم النفس ، وهو يأتى بالتدريج رويدا رويدا كلما ازداد العميل قدرة على مواجهة نفسه ، وعلى تقبل المفاهيم الجديدة بنفسه . وليس أدل على ذلك من حالة أم كانت تشكو من سلوك ابنها الشاذ ، وبعد أن أتيح لها أن تستبصر حالتها ، وأخذت تتدرج فى هذا الاستبصار ، وتدرك أن السبب فى هذا الشذوذ احتياج الطفل لزيادة المحبة من جانبها ، أخذت تبدى أن أهم ما يحتاج إليه طفلها هو وقوفها إلى جانبه وحمايته من نقد أبيه اللاذع .

وقد انتهى بها الحال فى النهاية إلى الدرجة التى أصبحت تنظر بها إلى الحقيقة التى لم ترغب فى التسليم بها فى بادئ الوضع وهى أنه ينقصه الحب ، وأن رغبتها فى عتابه كان لها دور كبير فى ما آل إليه الطفل من شذوذ .

ولعل السبب فى هذا التغير نجاح المعالج فى إشعار العميلة بأنها فى غير حاجة إطلاقا لاتخاذ مواقف دفاعية ضد أى هجوم مباشر أو ضمنى .

وفى هذا الجو الجديد من الحرية والاطمئنان النفسى أخذ يتولد لديها الشعور بالدور الذى ينبغى أن تلعبه فى الموقف الجديد ، هذا وقد تكون مشكلات لبعض الأطفال ستارا يُخفى وراءه مشكلات لبعض الأمهات . وهذا يتيح لهن زيارة العيادات السيكلوجية .

(جـ) التعرف على النفس وقبولها :

إن تقدم الاستبصار يتضمن غالبا التعرف على الدوافع المكبوتة داخل النفس إلى جانب التعرف على الدور الذى يلعبه الفرد نفسه فى خلق الموقف المرضى . وما دام الفرد ينكر مواقف معينة فى نفسه ، فإنه يظل يحتفظ بمواقف التعريض التى تتميز بظاهرة الدفاع عن النفس .

ولكنه عندما يستطيع أن يواجه نفسه بوضوح يمكن له أن يقبل — كجزء من نفسه — هذه المشاعر التى كانت لا تنال رضاءه وتحيل عنده الرغبة فى المحافظة على ردود الأفعال الدفاعية إلى الاختفاء .

وتوضيحا لما تقدم نذكر حالة فتاة مراهقة شكت من زوج أمها الذى يعاملها بقسوة ، ويشعر بالغيرة من صديقها ، ويبدى نحوها بعض المشاعر الجنسية أثناء تغيب أمها فى المستشفى . وفى حديثها مع المعالج أخذت تتحدث بصراحة تامة عن تلك الميول التى كان يبديها زوج أمها نحوها ، وأخذت تعلل ذلك بمرض أمها وتركها وحيدة بالمنزل ، أو بمشابهتها لأمها كثيرا . ثم امتنعت عن زيارة المعالج مرتين متتاليتين فى موعدين محددين لها عندما سألها عن الدور الذى قامت به لخلق هذه المشكلة ؛ ولما سئلت هذا السؤال بعد ذلك قالت : إن زوج الأم كان يقدم لها هدايا ، وكانت تفرح بها وتقبله وتعانقه ، وقد سألها المعالج : هل كنت تسرين بما كان يبديه نحوك من مشاعر ؟ وما شعورك أنت ؟ فأجابت قائلة : « شعور سرور جعلنى أحبه » .

ثم سردت الفتاة كيف كان زوج أمها يعاملها بلطف أثناء غيبة أمها فى المستشفى إرضاء لأمها ، وكيف كان يحقق لها كل مطالبها ، وكيف كانت ترى فيه بطلها . ثم بدأ زوج الأم هذا يمل من تحقيق مطالبها ، وهذا جعلها تلجأ إلى أساليب تساعدها وتكفل لها تحقيق مطالبها ، وقد سألها المعالج عن الطرق التى كانت تتبعها معه ؟ فشعرت بارتباك شديد ثم أخذت تشرح طرق الإغراء الجنسية التى كانت تستعملها معه لإقناعه كما تفعل مع صديق تريد منه أن يحقق لها مطلبها .

وهذا الاعتراف ينافى ما كانت تذكره من قبل من أن سلوك زوج أمها نحوها يرجع إلى أنه كان يرى فيها شيئاً مشابها لأمها، ثم تطورت المحادثة والعلاج حتى اعترفت بأنها كانت تشجعه بوسائلها على سلوك مسلك العشيق معها. وقد كشف المعالج النفسى عن نوع من الصراع عندما سألها عما تشعر به نحوه؟ فأجابت: أشعر أنه بابا نويل، ولكنى أكرهه، إنه قذر، ولكننى أحبه.

وفى حالة كهذه استطاع المعالج النفسى أن يكشف عن الصراع الذى يدور فى نفسها، وعن السلوك الرمزى ذى الطابع الثورى، وعلى الشذوذ الجنسى، مما جعل سلوكها أكثر وضوحاً، وجعل العلاج ميسوراً، وهذا يؤكد أهمية الاستبصار النفسى، وقد كانت محاولات العلاج مصيرها كلها الفشل قبل أن تنجح الفتاة فى الاستبصار بحقيقة نفسها إلى درجة كبيرة ثم بعد أن نجحت فى تحقيق هذا الاستبصار أصبحت أكثر قدرة على أن تلعب دوراً هاماً فى علاج الموقف. ولم يعد ذلك السلوك العدوانى ضروريا كبديل لما تشعر به من أنواع الصراع.

وواضح أن الاستبصار النفسى الذى حصلت عليه كان فى مبدئه فهماً أوضح لعلاقتها مع زوج أمها ولكن الاستبصار أخذ يزداد عندما أمكن لها أن تتعرف على المشاعر المحرمة المنوعة بداخل نفسها، وأنها قد اشتركت مع زوج أمها فى الدور الذى لعبته لخلق الموقف المعقد.

تتابع نمو وتقدم عملية الاستبصار

إن الأمثلة السابقة ليست سوى حالات يظهر فيها الاستبصار جزئياً، ولا تقدم فكرة دقيقة عن تلك العملية إلا بعد أن تتكون وتنمو فى خلال جلسات متعددة من العلاج النفسى.

وسنذكر حالة من الحالات نشرح بها كيف يتم النمو فى عملية الاستبصار: إنها حالة فتاة فى سن السادسة عشرة، نشأت فى أسرة محافظة متدينة، أصيبت بانهيار عصبى لم تستطع بعده مواصلة الدراسة، فأبعدت عن منزلها لتعيش فترة من الزمن مع أقاربها طبقاً لنصيحة الأطباء لها.

وقد استمر علاج هذه الفتاة اثنى عشر أسبوعا استطاع فيها المعالج النفسى أن يجعلها تستبصر مشكلتها . وقد سجل الخطوات التى تمت فيها عملية الاستبصار ، والتى سنذكرها فيما بعد، وخلاصتها : أن الفتاة استطاعت أن تدرك نفسها أخيراً ، وأن تحدث بها تغيرات عميقة أثناء هذه الجلسات .

وإذا حاولنا أن نقسم هذه المدركات الجديدة التى كونتها والتى جعلتها تستبصر المشكلة أمكننا أن نبوبها فى أربعة أقسام هى :

(أولا) فيما يتعلق بآراء الفتاة فى الأهداف التى ينبغى أن تنجح فى تحقيقها ، ويظهر أثر الاستبصار واضحاً فى الإجابات التالية أثناء الجلسات المتعاقبة :

فى الجلسة الخامسة قالت الفتاة : « إننى أريد أن اتخلص من تلك المثل العليا البعيدة المنال » .

وفى الجلسة العاشرة قالت : « كنت دائما أرغب فى أن أكون بنتا جميلة مثالية ، والآن أريد أن أكون شابة طبيعية » .

وفى الزيارة الرابعة عشرة قالت : « إن مثلى القديمة كانت عالية ، وبعيدة التحقيق » .

(ثانياً) فيما يتعلق بأفكار الفتاة عن نفسها من الناحية الاجتماعية :

فى الزيارة الخامسة قالت : « أنا لم أكن أحب الشبان ، ولكنى اشعر الآن أن لى رغبات جنسية » .

وفى الزيارة السادسة صرحت بقولها : « كنت لا أوافق الفتيات اللائى يلبسن الجاكتات الضيقة من التيل ، ولكنى أعترف الآن بأننى أرغب حقيقة وأحب طبقا لفطرتى أن ألبس هذا النوع من الرداء » .

وفى الزيارة العاشرة قالت : « أريد أن أصاحب شبانا آخرين » .

وفى الزيارة الخامسة عشرة قالت : « لم أعد تلك القديسة التى تخاف دوافعها الاجتماعية ، لقد تغيرت كثيرا » .

(ثالثاً) فيما يتعلق بأفكار الفتاة عن ميولها الجنسية :

وفى الزيارة الرابعة قالت : « أنا أكره الحب ، ولكن الحقيقة أننى أشعر ببعض الميول إلى الحب » .

وفى الزيارة السادسة قالت : « إن الحب والزواج متلازمان ، وأنا أريد حبا ، ولا أريد زواجا ، أو هل أنا كذلك ؟ » .

وفى الزيارة الثامنة قالت : « إننى أهتم الآن بالشبان وأهتم بأن أتخذ صديقا ، وأستطيع أن أعترف بذلك الآن » .

وفى الزيارة الثانية عشرة قالت : « أعرف الآن أن ما كنت أشعر به كان نوعا من الحب الطفلى ، والآن أنتظر مقابلات أخرى تؤدى لحب جديد » .

(رابعاً) فيما يتعلق بآراء الفتاة فى أنها أنثى :

فى الزيارات الأولى قالت : « أنا أكره الأطفال ولا أريد الزواج ، وأرغب فى أن أكون رجلا ، أو أتمنى أن أعمل ما يعمله الرجال » .

فى الزيارة السابعة قالت : « كنت أكره أن أكون امرأة وربما استطاع المعالج أن يعيننى ، وأن يقنعنى بأننى يجب أن أكون أنثى » .

فى الزيارة الثالثة عشرة قالت : « لا أريد أن أكون امرأة ، ومع ذلك فإنى أريد أن أكون امرأة ، فإذا ترك لى الاختيار فإننى لست واثقة بعد ، ربما لأننى تعرضت للانهيار بسبب محاولتى أن أكون رجلا ، إننى أخمن أننى كاملة الأنوثة » .

وفى الزيارة الخامسة عشرة قالت : « أنا امرأة وسأكون امرأة ، إنها فكرة حبيبة إلى نفسى » .

إن هذه الحقائق التى ذكرت غير منمقة . وبالرغم من كونها مادة غفل إلا أنها ذات أثر بعيد فى تبيان التغير الذى طرأ على الفتاة وأخذ ينمو بالتدريج فيها كنتيجة للاستبصار النفسى ، ومعرفة أغوارها والتعرف عليها ، وفى أثناء فترة العلاج تغيرت الفتاة من شخص يشعر بأنه يجب أن يكون كاملا ، ويجب أن يكون

رجلا ، ويجب أن يتمسك بالابتعاد عن أوجه النشاط الاجتماعى الملائم لجنسها .. ومن شخص يكره أى نوع من الحب ، إلى شخص يمكن أن يكون أهدافا يمكنه تحقيقها ، وإلى شخص يرغب فى ممارسة النشاط الاجتماعى كما ينتظر ، ويتمنى تلك المقابلات التى تحقق إشباع الرغبات الجنسية الطبيعية حيث تقوم بدورها كأنثى .

وسواء وصفنا هذا التغير باسم « تغير فى الأهداف » أو « تغير فى الدوافع » أو « نتيجة التنفيس وانطلاق الدوافع المكبوتة » أو « تغير فى إدراك الشخصية » فإنه من الواضح أن التغير حقيقة واقعة ذات مغزى كبير — فهى عملية تتضمن من الدوافع الديناميكية ما يكفى لأن يسترعى كامل انتباهنا .

وعلى هذا كان الاستبصار النفسى لدى العميل فى هذه الحالة مرده إلى إدراك علاقات جديدة بين الحقائق القديمة ، كإدراك الفتاة للصلة بين انهيارها العصبى من جهة ومثلها العليا الصعبة المنال ، ورغبتها فى أن تكون رجلا من جهة أخرى ، أو ربما كان مرده إلى مواجهتها وقبولها لتلك الدوافع التى كانت كامنة حتى ذلك الوقت ، أو ربما كان الدافع إليه رغبتها فى أن تواجه وتتعرف على الدور الذى كانت تقوم به من قبل . وإذا نظرنا إلى عملية الاستبصار من وجهة نظر المعالج رأينا نواحى متعددة ذات أهمية كبيرة يمكن أن ترد إليه .

كيف يعمل المعالج النفسى على تنمية عملية الاستبصار النفسى

إن الغاية القصوى للاستبصار النفسى هى إعادة تنظيم الشخصية ، ولكن كيف يستطيع المعالج أن ينمى هذا الاستبصار ويرقيه ؟ قد يكون استعجال الاستبصار معطلا له ومعوقا الوصول إليه ، لذلك ينبغى أن يتم ذلك على خطوات :

الخطوة الأولى : هى معاونة العميل على التعبير عن نفسه والتعبير عن المشاعر والمواقف التى يحس بها ، ويكون قد مرّ فيها حتى يظهر الفهم التبصرى من تلقاء نفسه ، ولا يتسنى ذلك إلا بإتاحة الفرصة للعميل وتشجيعه على التعبير الحر التلقائى عن المشاعر والمواقف المختلفة .

ولعل أهم ما يساعد على الاستبصار ما يعبر عنه المريض بشكل تلقائى من مشاعر، لذلك يكون غرض المعالج الرئيسى معاونة العميل على أن يسقط كل محاولة دفاعية من حسابه، وأن يستبعد أى شعور بأن بعض المواقف لا يصح ذكرها صراحة، وألا يفكر فى أن أى شيء قد يكون موضع نقد المعالج أو لومه وبذلك يستطيع العميل أن يدرك علاقات جديدة لمواقف قديمة بعد أن يتخلص من رغبته فى استخدام المواقف الدفاعية فى الموقف العلاجى، وهذا يستلزم من المعالج شيئا كبيرا من ضبط النفس، ذلك لأنه كلما كشف العميل عن نفسه شيئا فشيئا، ازداد المعالج فهما لمشاكله وتبصرا بها.

وكثير من المعالجين يسرعون بعد جلسة أو جلستين إلى كشف الحقائق أمام العملاء، وبذلك يخلقون فيهم نوعا من الخوف والاحتراس والدفاع عن النفس، لأن هذا الكشف السريع والتفسير السابق لأوانه من جانب المعالج لمشاكل العميل يجعله يرغب مرة ثانية فى إخفاء حقائق المواقف والمشاكل. وهذا يظهر أن « الاستبصار » عمل يجب أن يحققه العميل بنفسه لا أن يفرضه عليه المعالج ويشرحه له، ولذلك فإن من أهم عوامل « الاستبصار » أن يبتعد المعالج عن تفسير مشاعر العميل، ويساعده على عملية التوضيح، والكشف عن مشاعره وأحاسيسه، فينمى عنده التعبير الحر، لكى يتسنى له الاستبصار من تلقاء نفسه.

كيف يمكن للمعالج أن يوضح الحقائق الجديدة

يمكن للمعالج فى ظروف معينة أن يفسر للعميل بعض الحقائق بشروط معينة:
أولها أن يكون التفسير على أساس الحقائق التى ذكرها العميل دون إضافة حقائق جديدة، بشرط أن يضمن المعالج قبول العميل للتفسير. وهذا شرط أساسى، لأن قبول العميل للتفسير يساعد على توسعه فى سرد حقائق جديدة، كما حدث فى المثال السابق عندما ذكر المعالج للفتاة أنها تكره العلاقات الاجتماعية، بعد أن ذكرت الفتاة بنفسها أنها ترغب فعلا فى ممارسة العلاقات الاجتماعية، لولا قبولها ذلك لأدى هذا التفسير إلى نوع من المقاومة يجعل الاستبصار عديم الجدوى فى ميدان العلاج النفسى

ولنضرب مثلا آخر يوضح كيف ينبغي أن يكون التفسير على أساس الحقائق التي ذكرها العميل دون إضافة حقائق جديدة: وهي حالة شاب في سن العشرين، يطّلع كثيرا ويقرأ علم النفس، وقد كان يشكو مرضا نفسيا يسبب له أمراضا جسمانية وعللا ليس لها سبب ظاهر — وهذا لا يساعده على التقدم في حياته، وقد اتضح أن العميل واقع في صراع بين اختيار أسلوب الحياة الطبيعي للكبار، وبين الاستسلام للمرض النفسي الذي يميز حياة الطفولة من غيرها. وقد كان دور المعالج لا يزيد عن كونه يشرح له أنه أمام أحد اختيارين، ثم يترك له حرية التعبير عن رغبته في النكوص إلى مظاهرَ الطفولة، بل يعترف بذلك، وهذا يحوّل المريض من تلقاء نفسه إلى أن يقبل ضرورة الاستفادة من مظاهر القوة التي يمتاز بها، والتي تعجل به إلى طريق النمو ما دامت تتوافر لديه القدرة على الاستقلال.

هذه هي أنواع الردود التي ينبغي أن يجيب بها المعالج ليساعد على تقدم الاستبصار النفسي، الذي يقوم على أساس عدم ذكر أي تفسير لا يوافق عليه العميل.

أما في الحالات الى يكون فيها المعالج متسرعا ولا ينتظر التعبير التلقائي الذي يؤدي للاستبصار، بل يميل إلى التفسير المباشر لأنواع السلوك والمشاعر، فقد ينتج عن ذلك أن يحصل على نتائج في النهاية غير مرضية. وهذا يجعل عملية الاستبصار لا تستمر طويلا بل تتوقف.

ومثال ذلك: حالة طالب وقع في صراع بين اختياره للهندسة كمهنة، وخوفه من ذلك بسبب ما هو عليه من انفعالات قوية، وهذا قد جعله يتردد ولا يستطيع اتخاذ قرار بشأن هذه المشكلة، وقد أخطأ المعالج ولم يصل إلى نتيجة علاجية مرضية، لأنه لم يترك للعميل فرصة واحدة للتعبير التلقائي، كما أنه لم يتح له فرصة واحدة يتعرف فيها على ناحية جديدة أو أساس جديد لموقفه، بل كان المعالج هو الذي يكشف الأمور، وكان دور الشاب هو القبول والموافقة على

العلاقات الجديدة التى يبينها المعالج الذى كان : إما أن يهدف إلى مساعدة العميل على تحقيق الاستبصار بردود تحاول بغير جدوى أن تعكس بعض المشاعر التى عبر عنها ، وإما أن يقترح علاقات ربما كانت موجودة فيما عبر عنه الفتى من مشاعر ، أو كان المعالج يقترح تفسيرات لسلوك الشاب لم تكن مرتكزة على مواقف ظهرت فى موقف العلاج .

أكثر أنواع الاستبصار قيمة

يكون الاستبصار وفهم النفس أكثر فائدة وفاعلية إذا ظهر تلقائيا ، ونجح المعالج فى أن يحرر العميل على ضوئه بحيث ينظر بوضوح إلى نفسه ومشاكله . إن أكثر أنواع الاستبصار قيمة تنمو داخل العميل، وتنبثق من نفسه فالمعالج قد يعاون على تكوين هذه العملية بإعادة تصحيح الفهم الذى وصل إليه العميل تلقائيا ، وقد يكون له الفضل فى معاونته على أن يكتشف ويتعرف على الاتجاهات التى يختارها ، والطرق التى يفضلها والتى تظهر أمامه فى أثناء العملية العلاجية . ويمكن للمعالج مضافا إلى ذلك أن يقترح ارتباطات وعلاقات وأسسا جديدة مما يكون المريض قد تناولها بحرية تامة أثناء عملية التفريغ،وكلما كانت هذه الأسس والعلاقات مقبولة من العميل مكن ذلك — بلا شك — المعالج من إضافة عناصر جديدة لعملية الاستبصار .

ويحسن بالمعالج — بالرغم من ذلك — أن يتحفظ ويبتعد عن عرض تفسيرات لسلوك العميل لا تستند عناصرها إلى مشاعر العميل نفسه التى عبر عنها ، بل على حكم المعالج نفسه .

إن مثل هذه التفسيرات تلقى معارضة لدى العميل، وقد تؤخر تحقيق الاستبصار الذاتى الناجح لديه ، وينبغى قبل أن نترك هذا الموضوع أن نشير إلى ما يفيد المعالجين الحديثى العهد بالعلاج .

١ — إذا لم يكن العميل متأكدا من نفسه وعلى درجة مناسبة من الاستبصار ينبغى تلافى كل تفسير .

٢ ــ فى كل تفسير للعلاقات يحسن استعمال عبارات العميل ورموزه وألفاظه، وبذلك يضمن المعالج أن يقبل العميل هذا التفسير أكثر مما لو استعمل تفسيرا وعبارات من تأليفه هو.

٣ ــ يحسن أن يتناول المعالج المواقف والتصرفات والمشاعر التى سبق أن عبر عنها العميل ولا يشرح أو يعالج مواقف لم يعبر عنها بعد.

٤ ــ لا فائدة من مناقشة التفسيرات، فإنه لو حدث وكان أحد هذه التفسيرات غير مقبول من العميل فإن هذا الرفض يصبح ذا أهمية بالغة وينبغى أن يترك التفسير كله.

٥ ــ إذا تحققت عملية الاستبصار فإن العميل يستطيع من تلقاء نفسه أن يرى الميادين التى يمكن تطبيقها فيها، وإذا لم يتم ذلك فإن المعالج ينبغى أن يدرك أنه هو شخصيا الذى حقق الاستبصار، لا العميل، وهذا ينافى الهدف المطلوب.

٦ ــ بعد أن يحقق العميل استبصارا جديدا عمليا فإنه ينبغى للمعالج أن يكون على استعداد لملاحظة بعض التراجع الذى يحدث للعميل بين وقت وآخر، وعملية التراجع هذه من سمات الطبيعة الطفلية فى سلوك الأفراد، وقد نجد العميل يحاول تدريجيا أن يتراجع عما اعترف به ويعود إلى مناقشة بعض المسائل التى سبق أن حلت مشاكلها، ومن المهم هنا أن يعترف المعالج بالمشاعر المثبطة لدى العميل، وأن يتقبلها، لا أن يحاول مناقشته ليعيده إلى الموقف الاستبصارى الذى كان قد حققه.

والمعالج يستطيع بشىء من الصبر أن يعيد الغميل إلى ما كان عليه بمسايرة هذا التراجع، فالصبر مع العميل يؤدى إلى نتائج أحسن لصالح الموقف العلاجى، يضاف إلى هذا أن التراجع يعتبر تجربة لاختبار مدى تقبل المعالج للأوضاع التى كانت موضع اعتراض المجتمع من قبل.

الخلاصة ..

من كل ما تقدم يمكن أن نقول : إن الاستبصار يتضمن التعرف على الميدان الإدراكي ، ويتكون بعد رؤية علاقات جديدة فى مواقف قديمة .

إن الاستبصار معناه إعادة توجيه النفس على ضوء تكامل الخبرات المتجمعة ، وعلى ذلك يمكن أن نقول : إن الاستبصار فى جوهره هو طريقة جديدة للإدراك يمكن أن يتحقق فى الخطوات التالية :

إدراك العلاقات :

ينبغى أن يدرك العميل علاقات جديدة بين الحقائق التى كانت معروفة من قبل (من تلقاء نفسه) ، ونستطيع أن نوضح بمثال : سيدة كانت تقسو على ابنها وكانت كثيرة التأنيب له ، لتأديبه ، أمكن لهذه السيدة بعد حضورها للمعالج أن تلمس فى تصرفاتها أشياء لم تكن منتبهة لها من قبل ، وهذا ما جعلها تنظر إلى الموقف فى وضع جديد .

ورب سائل يقول : « لماذا لا نوفر الجهد والوقت فنخبر العميل بهذه العلاقات بدلا من أن ننتظره حتى يراها بنفسه ؟ » ولا شك أننا إن فعلنا ذلك فسوف نثير فى العميل السلوك الدفاعى الذى يعرض العملية العلاجية — فى الكثير من الأحيان — للفشل .

قبول النفس :

هذا هو العنصر الثانى فى عملية الاستبصار ، وهو يتضمن قبول العميل لنفسه على ما هى عليه . إن جو التسامح الذى يسود عملية العلاج النفسى يجعل العميل يدرك دوافعه الشخصية على أنها حقائق ، كما أنه لا يجد غضاضة فى أن يعترف بكل الأحاسيس التى كانت تساوره ، والتى كانت فى يوم من الأيام ، غير معترف بها ، ولا تقرها الأوضاع الاجتماعية .

قصر الاختبار :

إن الاستبصار الناجح يتم إذا كانت هناك أهداف يحصل عليها المريض من العلاج ، تكون أكثر إشباعا لرغباته ، فعندما يرى العميل بوضوح أنه ينبغى أن يختار بين إشباعاته الحالية والإشباعات التى يحصل عليها ، إذا سلك سلوكا مقبولا ، فإنه فى حالة نمو وتقدم عملية الاستبصار ، يميل إلى تفضيل النوع الأخير من الإشباعات ، ونستطيع أن نوضح ذلك بمثال السيدة التى كانت تشكو من شذوذ ابنها ، عندما خيرت بين ما تحصل عليه من إشباع نتيجة لعقابها ابنها ، وبين ما يمكن أن تحصل عليه لو أحسنت معاملته وقويت تبعا لذلك علاقاتها الوجدانية التى تربطها بولدها ، لا شك أن هذه السيدة بعد تقدم عملية الاستبصار أخذت تفضل الناحية الأخيرة .

وفى النهاية نستطيع أن نذكر أنه كلما تقدم الاستبصار ، أمكن العميل أن يتجه إلى أهداف جديدة بعد أن يتخذ من القرارات التى تكفل له تحقيق هذه الأهداف ــ هذه القرارات تتسم بأنها ذات طابع إيجابى وهذا هو الذى يجعلها تدفعه إلى اتجاه يحقق هذه الأهداف الجديدة .

وإن نجاح العميل فى اتخاذ هذه القرارات إجراء يدل على مدى نجاح الاستبصار الذى يصل إليه ، إذ أنه فى الخبرات العلاجية تتكون مثل هذه الخطوات الإيجابية مصاحبة لعملية الاستبصار .

هذا ويصاحب عملية الاستبصار بعض الإجراءات التى تكون لها أهمية فى العلاج ، فمثلا : فى حالة الفتاة التى كانت تعانى صراعا بين طبيعتها الأنثوية وميولها الذكرية ، قد رأيناها بعد أن بدأت تستبصر نفسها ، قد عدلت عن سلوكها ، ولوحظ عليها أنها بدأت فى تقصير شعرها وتصفيفه من جديد ، وقد يبدو هذا الإجراء لغير الخبراء بالعلاج النفسى تافها ، ولكنه فى الحقيقة له دلالة ، إذ أن الفتاة ما كانت لتتخذ هذا الإجراء لو لم يحدث تغيير فى سلوكها ، وقد

صاحبت هذا الإجراء شجاعة وقوة إرادة من الفتاة لكى تبدو غير ما كانت عليه، وهذا هو ما جعل لهذه الخطوة الإيجابية قيمة رمزية تفوق قيمتها الموضوعية.

ويبدو كذلك أن الفتاة قد أدركت أن هذا التغيير فى مظهرها سيجعلها شابة أقل شعورا بالكبت والحرمان وهنا ستصبح شخصا آخر يحيا حياة جديدة، ويعمل على تحقيق أهداف جديدة ولا شك أن هذا الشعور بالنجاح كفيل بأن يدفعها إلى ميادين أقرب وأكثر سلامة وأكثر أمنا، وأهداف أخرى أكثر إشباعا لحاجاتها الطبيعية.

المراحل النهائية للعلاج

كيف يمكن إنهاء الجلسات العلاجية؟

عندما يصل العميل إلى درجة من الاستبصار وتتكون لديه ثقة جديدة بنفسه، تبدأ مرحلة إنهاءالاتصال بين المعالج والعميل فى الظهور، وهنا تتنازع العميل عوامل مختلفة: أولها، الخوف من أن تعود المشاكل للظهور وأنه لن يستطيع التصرف فيها أو التعامل معها، وقد يشعر بأن المعالج لا يريد أن يتركه، وليس من الوفاء أن يتركه، ولكنه مع ذلك يريد أن يختبر ما اكتسبه من قدرات جديدة فى حل مشاكله وحده دون عون المعالج النفسى.

وقد تظهر فى حالات كثيرة ظاهرة معاودة المتاعب النفسية التى كان يعانيها العميل، ولا بد أن يلاحظ المعالج أن استعادة العميل لهذه المشاكل والتحدث عنها ليس إلا وسيلة لإخفاء المخاوف التى تساور العميل من جراء تركه العون الذى كان يأتيه عن طريق الخبرة العلاجية: مثل ذلك ما يحدث فى حالة العميل الذى يحس بقرب انتهاء زمن العلاج فيكدس أمام المعالج عدة من المشاكل ويرجوه معاونته على حلها، فإذا أراد المعالج أن يساير هذا الوضع وجب ألا يستمر فى ذلك طويلا حتى يستطيع العميل الاستفادة من الفترة السابقة للعلاج، ذلك أن

الرغبة فى الاستقلال تفوق إلى حد كبير الرغبة فى التواكل مهما كانت الأخيرة ناجمة عن مشاعر مزعجة أو مخاوف متوقعة . وإذا نظرنا إلى سلوك العميل فى ذلك وجدناه سلوكا غير مرض ، بل لاحظنا أنه هو نفس السلوك الذى نتعرض له جميعا عندما نترك عملا خبرناه لوظيفة أخرى ، أو يشعر به الطفل عندما يترك حماية أهله لأول مرة ويذهب إلى المدرسة .

وعندما تنتهى فترة العلاج الناجح يغلب أن تبدو لدى العميل بعض مشاعر الأسف ، وهو شعور طبيعى لما قام بين المعالج والعميل من علاقات مبنية على الفهم ، وهى علاقات كان لها معانى حيوية للعميل ، وفيها وجد أيضا نوعا من الإشباع كما جنى فيها المعالج سرورا كبيرا ، هو السرور الذى يترتب على النجاح .

ومن النظريات المعروفة أن مدى اهتمام العميل بالمعالج يتغير عندما تقترب فترة العلاج من النهاية ، ذلك أنه يرى نفسه قد أصبح كبيرا ، وأنه أقرب فى مستواه من المعالج بل أكثر ، ويبدأ فى هذه اللحظة ــ ولأول مرة ــ يميل إلى المعالج ميلا من نوع معين ، فهو يسأل عن مسائل شخصية للمعالج كصحته ، أو مسكنه ، ورأيه فى الأحداث الجارية ، والأخبار العامة وما شاكل ذلك ، وقد نرى العميل أحيانا يرغب فى أن تستمر علاقته بالمعالج على أسس اجتماعية ، فعلى المعالج أن يلاحظ هذه الأحاسيس الإيجابية ، وأن ينهى الجلسات على أساس أنها جلسات علاجية أكثر منها جلسات اجتماعية .

هذا ولا يصح أن تنتهى فترة العلاج النفسى باضمحلال نتائج الجلسات ، أو بضعف ما تحقق للعميل من إعادة البناء ، أو بمجرد أن يصبح العميل لا يحافظ على مواعيد الجلسات ، إذ أن الخبرة العلاجية إذ ذاك تكون ثمارها غير دانية ويكون المعالج قد فشل فى علاج الحالة .

موقف المعالج من العميل فى الجلسات الأخيرة :

ينبغى أن يلاحظ المعالج تقدم العميل فى العلاج ، وإذا ما ظهر لديه استقلال من نوع « ما » لزم أن يوضع موضوع الاعتبار وإلا ظن العميل أن المعالج لا يرغب فى العلاج.

هذا ولا ينبغى له أن يحدد وقتا تقريبيا لإتمام العلاج لأن ذلك يجعل العملية العلاجية تسير بطريق غير طبيعى .

وهذا التصرف من جانب المعالج على وجه عام لا يجعل من العميل شخصا يستطيع تحمل المسئوليات . وبذلك تكون الجلسات الأخيرة لا قيمة لها ، غير أن ترك الإجراءات العلاجية تسير فى طريقها الطبيعى كثيرا ما يجعل نهاية العلاج تدنو أسرع مما كان يتوقع المعالج .

بعض المشكلات الخاصة بطول عملية العلاج :

إن طول فترة العلاج وقصرها يتوقف على درجة الثقة والانسجام بين العميل والمعالج ، وعلى كفاية المعالج نفسه ، ومقدار اتباعه لأساليب الفن العلاجى كما تتوقف على مقدار استجابة شخص العميل ودرجة ذكائه . وفى أغلب الأحوال التي تسير فيها حالات العلاج النفسى فى طريقها المرسوم يتراوح عدد الجلسات بين ٦ و ١٥ جلسة ، وكثيرا ما يتم العلاج بأسرع مما يتوقعه المعالج نفسه ، وطول فترة العلاج يرجع غالبا إلى فشل المعالج بالرغم من بذله للمحاولات العديدة لتحقيق النجاح المنشود ، فمثلا عدم ملاءمة ما اتخذه من طرق علاجية ، يجعل العميل يتوقف عن التفريغ ، لأن حركة بسيطة من حركات المعالج حولت مجرى العلاج أو عطلته ، كل هذا يؤدى إلى طول الجلسات وزيادة عددها .

وأول ما يرعاه المعالج ليؤدى علاجه إلى النجاح المنشود ، أن يستشهد دائما أن الغرض من العملية العلاجية هو استبصار العميل بالأسباب التى يرجع إليها سلوكه ليتخذ من ضروب هذا السلوك ما يحقق الأهداف المفيدة فى الحياة .

كيف يمكن ختام العلاج غير الناجح :

قد يخطئ المعالج فيحدث الفشل ، وهذا ما يسبب فى بعض الأحيان أضرارا بالغة ، ولكنه إذا أمكن علاج الموقف بشىء من اللباقة فإن ذلك ينقذ المعالج من متاعب كثيرة ، وإليك بعض الأسباب التى تؤدى إلى فشل العلاج :

١ ـــ استعجال المعالج للعملية العلاجية .

٢ ـــ عدم استعداد العميل وعدم تقبله للعلاج .

٣ ـــ أن يقوم فى بيئة المريض ما يحول دون نجاح العملية العلاجية ، وهذا يعوق النمو النفسى للعميل حتى يستطيع مواجهة ظروف حياته الخاصة .

٤ ـــ أن يفشل المعالج فى تبصير العميل بمشاكله ، وقد يتعرض المعالج لهذا الفشل بسبب ما يبديه العميل من عناد فى العلاج ، وما يعمد إليه من هجوم مباشر على الموقف العلاجى ، وإذ ذاك يفشل العلاج بسبب انعدام التعاون بين العميل والمعالج .

ومن الملاحظ أنه عندما يصل العلاج إلى هذه المرحلة ، يلجأ كل من العميل والمعالج لسياسة الدفاع عن النفس ضد الآخر ، وهذا يجعل الجلسات العلاجية واستمرارها أشد خطرا من قطع العلاج .

وإذ ذاك ينبغى على المعالج أن يبحث فى الأسباب التى أدت إلى هذه النتيجة ، وأن يراجع سجلات الجلسات ليقف على الأخطاء التى قد يكون ارتكبها بدون قصد ، وفى الكثير من الحالات يكون المعالج مخلصا فى عمله ، ولكنه لا يدرك أسباب الفشل لهذا ينبغى عليه أن يستعين بخبرة الآخرين ، ويحسن أن نشير فى هذه المناسبة إلى أن الاعتراف بالفشل خلة مقبولة بالنسبة للمعالج وبالنسبة للعميل أيضا ، لأنه يخفف من حدة المواقف الدفاعية التى يتخذها كل منهما ، فلا مانع إذاً من أن يقول المعالج للعميل : « أشعر أننا لا نحقق أى تقدم فى العلاج وربما يرجع ذلك لقلة خبرتى ، أو لعدم رغبتك فى التعاون ؛ ودون إلقاء لوم على أى طرف منا ... ما رأيك فى وقف الجلسات قليلا ... إذا كنت ترغب فى ذلك ؟ وعلى وجه عام فالمسألة مسألتك إذا كنت تريد أن تستمر » .

وهذه طريقة لبقة تخفف من حدة التوتر الذى يشعر به العميل، وتقلل من رغبته فى مهاجمة المعالج، كما أنها تساعد على تقبل العميل معاودة الزيارة مرة أخرى.

وهناك حالة لافتة للنظر، فإن سيدة فشل المعالج فى علاج مشكلة تتعلق بسلوك ابنها، فلما أراد المعالج أن يختم العلاج بنفس الطريقة السابقة ووافقت على إنهائه وشرعت فى الخارج — وقفت متسائلة: (هل تعالجون الكبار؟) وعندما أجابها المعالج بالإيجاب، عادت إلى مقعدها، وأخذت تسرد عليه الكثير مما كانت تخفيه من مشاكلها العائلية « الزوجية » التى كشفت فيما بعد أنها السبب الأول لمشاكل ابنها.

وعلى هذا يمكن القول بأن إنهاء الجلسات والعلاج الفاشل على هذه الصورة وبهذه الطريقة، قد يدفع العميل إلى أن يبدأ مع المعالج سياسة جديدة قد تفتح له أبوابا جديدة للتفريغ.

وخلاصة القول: أنه كلما تقدم العميل فى الاستبصار وفهم نفسه، وكلما اختار أهدافا جديدة يعيد تشكيل حياته لتحقيقها، بدأت عملية العلاج تدخل فى مرحلتها الختامية، وهذه المرحلة تتميز عن غيرها بأن العميل يكتسب فيها ثقته بنفسه فى الوقت الذى فيه استبصار جديد، وكلما اتخذ من الخطوات والإجراءات الإيجابية لتحقيق أهدافه بنفسه، اقترب من إنهاء العلاج، لكننا نجده يخاف من امتناع المعالج عن معاونته، وإدراكه لهذا الشعور يساعده على أن ينظر نظرة واضحة للأهداف التى ينبغى أن يتخير من بينها ما يجعله ينمى فى نفسه الثقة بأنه قادر على تناول مشكلاته مستقلا، وعلى المعالج أن يشعر العميل بأنه حر فى إنهاء العلاقات التى تربطه به بمجرد إحساسه بأنه مستعد لذلك.

والعلاج عادة ينتهى حين شعور العميل بقدرته على الاستقلال الذى يعتبر الخطوة الإيجابية نحو النمو النفسى له، وحتى إذا لم يكن العلاج ناجحا تماما فإنه يمكن إنهاؤه بطريقة تساعد العميل على البناء.

أما طول مدة العلاج فإنه يتوقف على خبرة المعالج ومهارته فى أن يجعل الجلسات تدور حول العميل لتزيد استبصاره بنفسه، وغير ذلك من العوامل.

وكثيرا ما ينتهى العلاج النفسى والعميل يدرك تماما المعانى الخفية وراء عملية العلاج، ويدرك كيف استغل العلاج فى نموه النفسى.

وفى النهاية يحسن أن نذكر أن العلاقات التى تقوم فى العملية العلاجية المركزة حول العميل تساعد على إطلاق سراح القوى الديناميكية بشكل لا يمكن تحقيقه دون هذه الطريقة.

توجيهات عامة

هناك بعض النقط الهامة التى ينبغى أن نوضحها للإجابة على بعض الأسئلة التى تدور فى بعض الأذهان أثناء العملية العلاجية:

(أولا) ماذا يجب أن تكون عليه مدة الجلسة العلاجية؟

إننا لا نستطيع أن نحدد وقتا معينا للجلسة العلاجية، ولكن من الممكن أن تكون مدة الجلسة فى حدود ٢٠ أو ٣٠ أو ٤٠ أو ٥٠ دقيقة؛ غير أن امتداد الجلسة أكثر من ساعة واحدة، إجراء غير مرغوب فيه، إلا أنه فى بعض الأحيان قد تطول الجلسة لأكثر من ذلك، ويكون فيها ما يفيد العميل إذا كان يضيع جزءا من هذا الوقت فى الحديث الحر مع المعالج بصدد مشاكله الخاصة، أو عندما يقترب العلاج من النهاية، إذ يميل العميل إلى أن يبحث مع المعالج نتائج ما تم الوصول إليه من خطوات وإجراءات إيجابية لصالحه (العميل).

(ثانيا) ما طول الفترة الفاصلة بين الجلستين؟

ينبغى ألا تكون مواعيد الجلسات متقاربة جدا بعضها من بعض، كما أنه ليس هناك ما يبرر عقد جلسات يومية. ومن المفيد أن يفصل بين كل جلسة وأخرى بضعة أيام، لأن ذلك يساعد على منح العميل فرصة تزيد من استبصاره بنفسه.

(ثالثا) ماذا يفعل المعالج إذا تخلف العميل عن مواعيد الجلسات ؟

يحدث فى بعض الأحيان تخلف العميل عن العلاج بسبب صعوبة المواصلات أو بسبب المرض ، أما إذا لم تتوافر هذه الأسباب أو غيرها من الأسباب الخارجة عن إرادة العميل، فإن انقطاعه يعتبر فشلا للعلاج .

وعلى المعالج إذ لمس إخلال العميل بالمواعيد أن يبحث الأمور التالية :

(أ) أن يدرس التقارير التى سجلها عن الحالة ، وخاصة ما يتعلق بالجلسة الأخيرة ، ليتسنى له معرفة ما أدى إلى خلق روح المعارضة أو المقاومة ، التى أنتجت عدم الرغبة فى مواصلة العلاج .

(ب) على المعالج أن ييسر للعميل ، بقدر الإمكان ، كل الظروف التى تساعده على معاودة الزيارة ، بأن يشعره بأن العلاج متروك لرغبته فى العودة إلى العيادة أو انقطاعه عنها ، ويجوز أن يعلن المعالج عن إحساسه حين يتخلف العميل عن موعد العلاج بقوله :

« أحسست حين تخلفت عن الموعد السابق أنك لا ترغب الاستمرار فى مناقشة الحالة ، وهذا شعور يبديه الكثيرون من المرضى ؛ وعلى أى حال إذا كنت ترغب فى العودة ، فإننى بكل سرور أحدد لك موعدا جديدا ، وأرجو أن تختار لنفسك الوقت المناسب » .

(رابعا) هل للمعالج أن يسجل أثناء الجلسة العلاجية أقوال العميل ؟

لا شك أن نجاح العلاج النفسى يتوقف على دقة السجلات ، لأنه عمل دقيق إلى أقصى درجات الدقة ، وينبغى أن يسجل فى الجلسات كل ما يمكن أن يشرح الموقف ، ويعلل سلوك العميل سواء أكان ذلك مما يصدر من العميل أو من المعالج ، وأحسن أنواع التسجيل ما يتم بأجهزته الخاصة ، وإن تسجيل كل حديث يصدر عن المعالج والعميل مع ذكر الحقائق جميعها فى صورة مختصرة عمل ينبغى أن يتم أثناء الجلسة كلما أمكن .

وقد يخشى المعالج من أن يظن العميل أنه يسجل عليه أخطاءه ، وهذا لا يتوقع من العميل ما دام الموقف العلاجى سليما ، وما دام يشعر بالغرض من الجلسات ، ويستطيع المعالج أن يتلافى ذلك بقوله : (أرجو ألا يضايقك تسجيل كل ما تقول ، لأنى أفضل أن أدرس كل نقطة أولا بأول لنعرف مقدار ما حققناه من نجاح فى الجلسات) .

(خامسا) ماذا لو أنكر العميل حقائق معروفة أو شك فيها ؟:

كثيرا ما تعرض مثل هذه الحالات خصوصاً فى حالة الأحداث الذين كثيرا ما ينكرون ارتكاب جرائمهم أو الاشتراك فيها .

وفى العلاج النفسى لا تهمنا الحقيقة ذاتها بقدر ما يهمنا الموقف العاطفى المتصل بهذه الحقيقة ، ولا يهمنا أيضا أن يكون العميل صادقا أو غير صادق حين يذكر أنه حصل على درجات منخفضة فى علم كذا ، لأن المدرس كان يضطهده ، ولكن المهم هو شعوره بالاضطهاد ، ويلاحظ أن مثل هذا العميل إذا استمر فى عملية التفريغ سيعيد تقييم الحقائق على أساس من الصدق . هذا ولا ينبغى أن تستنفد المقابلة العلاجية كلها فى استكناه صدق العميل فى سرد الوقائع ، كما أن هذا ليس من العلاج النفسى فى شىء ، والأمثل ترك ذلك لما يظهر من تناقض بين الوقائع التى يسجلها المعالج ويتبين من بين ثناياها الحقيقة نفسها سافرة .

(سادسا) هل تقاضى المعالج أجر العلاج يؤثر فى العملية العلاجية ؟:

قد يكون العميل طالبا لا يملك أجر العلاج ، وهذا مما يجعل المشكلة تزداد تعقيدا ، وقد يكون العميل فى حالة « ما » أبا مع ابنه ، ففى هذه الحالة يكون الأجر والتحدث عنه فى الجلسة الأولى وسيلة علاجية أكثر من أن يكون نفعا ماليا ، لأنه يكون وسيلة يشعر الأب معها بالمسئولية ، وبأهمية العلاج ، كما يكون دافعاً للتقدم السريع ، إذ أن دفع الأجر يمنع من الاتكال أو الشعور بالحرج بسبب

قبول العميل العلاج بلا أجر ، بشرط أن يكون أجر العلاج مناسبا لحالة العميل الاقتصادية . وبعض المدارس تحصل رسوم العلاج من كل طالب على السواء ، ويترك لكل طفل حرية استغلال ما دفعه من رسوم حسب حالته .

وعلى وجه الإجمال يمكن القول بأن دفع أجر العلاج لا يؤثر بحال من الأحوال فى حسن سير العلاج نفسه .

(سابعا) هل العلاج المركز حول العميل يحتاج من المعالج إلى قليل من الجهد فى التركيز والدراسة والتسجيل وغيرها ؟:

إن العلاج المركز حول العميل يزيد من مسئولية المعالج ، ويجعل من الضرورى أن يظل المعالج حذرا دائما مستنبها لمشاعر العميل ، وأن يستعمل من الكلام ما لا يقف عملية الانطلاق العاطفى ، بل يعمل جاهدا على مساعدة العميل على إطلاق مشاعره لتستمر العملية العلاجية فى التقدم .

وهذا النوع من العلاج لا يترك يسير كيفما اتفق ، بل إن كل كلمة من العميل أو المعالج يجب أن توضع موضع الاعتبار ، كما ينبغى أن تكون المشاعر التى يظهرها العميل والأخطاء التى يقع فيها أو وقع فيها من قبل موضع اهتمام المعالج ، وينبغى أن يركز اهتمامه فيها .

(ثامنا) هل يمكن أن تتم عملية علاجية أو استشارة فى مقابلة قصيرة ؟:

إن هذا المطلب عسير ، لأن المعالج يحتاج فى المقابلة الأولى إلى بدء علاقات طيبة مع العميل ، فإذا لوحظ مع ذلك أن الطبيعة البشرية معقدة ، وأن أى معالج لا يتاح له أن يفهم طبيعة دوافع العميل النفسية من جلسة واحدة ، فإنه ينبغى جهد الامكان أن يتم فى وقت قصير ، وإذا كان المعالج على درجة كبيرة من الكفاية ، فإنه يستطيع أن يحقق بعض النجاح إذا ترك العميل يفصح عن مشاعره لكى يحصل على فهم أوضح لنفسيته ، وللمشاكل التى ينبغى عليه مواجهتها ، وبغير ذلك تكون المقابلة الاستشارية مربكة للعميل .

(تاسعا) هل علاج الأقارب والأصدقاء ممكن ؟ :

من المسائل الطبيعية أن يلتمس العميل العون ممن يعرفهم أو يشعر نحوهم بعواطف القربى والصداقة ، ولكن لوحظ أن المعالج رغم اعترافه بالمشاعر والأحاسيس والوجدانات التى يظهرها العميل ، لا يتأثر ولا ينفعل بحياة العميل الوجدانية . وعدم الانفعال هذا هو أهم عامل يساعد المعالج على أن يكون حذرا منتبها مدركا إدراكا صحيحا لبواعث سلوك العميل ، والمواقف التى يتعرض لها ، وذلك لأن الوجدان يتناسب تناسبا عكسيا مع الإدراك ، وعلى هذا فخير للزوج ألا يكون معالجا ، ويكون أكثر إفادة لو أنه لعب دور الزوج الفاهم المدرك لمشاكل زوجته ، وهكذا الحال بالنسبة للصديق الذى ينبغى ألا يكون معالجا لصديقه ، بل يقتصر دوره على تبادل وجهات النظر معه .

ولعل هذا يوضح لنا أن العلاقات العلاجية تختلف اختلافا بينا عن جميع أنواع العلاقات التى يكونها العميل مع غير المعالج ، فنحن كآباء يمكننا أن نكون علاقات أبوية صحيحة مع أبنائنا ، ولكن ليس معنى هذا أننا أحسن المستشارين لهم لأننا نعيش معهم فى حياتهم الوجدانية بدرجة لا تسمح باحتفاظنا بالقدرة على بحث العوامل والأسباب والمسببات . ويمكننا أن نحتفظ معهم بعلاقات صداقة طيبة ، ولكن إذا حاولنا أن نكون مستشارين لأصدقائنا ، فشلنا فى ذلك .

(عاشرا) العلاقة بين المقاييس النفسية والعلاج النفسى :

إن المقاييس النفسية كانت فى يوم ما من أهم ما تعتمد عليه العملية العلاجية ، غير أننا نذكر فى هذا الصدد أن استعمال المقاييس النفسية والاعتماد على تاريخ الحالة يجعل المعالج يصدر أحكاما سابقة قد تؤثر فى سير العلاج النفسى .

ولا شك أن مقاييس القدرات واختبارات التحصيل ومقاييس الشخصية كلها ذات فائدة كبرى فى الدراسات التشخيصية للأفراد غير الأسوياء ، كما أن استخدامها فى تشخيص عجز تلميذ فى دراسته ، أو توجيه عامل إلى مهنة معينة ، أو قياس ميول أحد المجندين إجراء عظيم الفائدة .

غير أن حظر استعمال هذه المقاييس ينحصر فى أنها تدفع المعالج إلى أن يبدأ علاجه ولديه خطة معينة يوجه العميل طبقا لها، أو تجعله يسرع فى إظهار مكنون نفسه قبل الأوان، وهذا ما يجعله يواجه كثيرا من الاعتراضات والصد من جانب العميل.

وليس معنى هذا أنه لا مكانة للمقاييس العقلية فى العلاج النفسى، إذ قد يطلبها أحد العملاء للكشف عن ميوله، فتصبح بذلك وسيلة من وسائل معاونة العميل على النمو والتقدم، ولا شك أن هذا يجعلها وسيلة بنائية تعمل على تقدم العملية العلاجية قدما نحو الأمام ما دام العميل لا يتعرض عليها.

الفصل الثاني عشر

دراسة لبعض حالات اللجلجة

تمهيد :

سنعرض الآن بعض الحالات التى قمنا بتشخيصها وعلاجها أثناء دراستنا فى العيادات المختلفة بمصر وانجلترا ، وهى حالات كان يشكو أصحابها من اللجلجة فى الكلام . وسنبين فى كل حالة نوع اللجلجة والظواهر المرضية الأخرى المصاحبة لها ، والعمر الزمنى ، ونسبة الذكاء والعوامل البيئية المختلفة المحيطة بالطفل وكان لها كما يلوح لنا الأثر الفعال فى حدوث الاضطراب النفسى لديه .

وسنوضح كذلك إبان عرضنا للحالات المختلفة الطرق العلاجية المشار إليها فى الفصل السابق ، ومدى صلاحيتها لتحقيق شفاء المصاب :

الحالة الأولى

فتاة فى الثامنة عشرة من عمرها بالسنة الرابعة الثانوية ، شخصت للعيادة بصبحة والدتها ، وهى تشكو اللجلجة فى الكلام .

تكوين الأسرة :

تتكون أسرتها من الأب ، وهو يعمل جندى بوليس ، تزوج بأربع زوجات ثم طلقهن ، لم ينجبن أطفالا ، ثم تزوج بعد ذلك بوالدة صاحبة الحالة وأنجب منها أربعة أطفال . أما الأم فإنها فى نحو الأربعين من عمرها يبدو عليها الهدوء والاتزان ، متدينة إلى أقصى حدود التدين .

ترتيب الفتاة بين إخوانها : الأولى ، ويليها أخ يبلغ السادسة عشرة من عمره ، وهو طالب بإحدى المدارس الثانوية .

تاريخ حياة الطفولة :

ليس فى التاريخ التطورى للحالة ما يدل على تأخر فى نواحى النمو المختلفة . أما الأمراض التى أصيبت بها صاحبة الحالة فهى :

١ — فى الثامنة من عمرها أصيبت بحمى التيفويد و شفيت منها بعد مضى نحو شهر واحد .

٢ — فى الرابعة عشرة أصيبت بالحصبة الألمانية .

٣ — فى سن الخامسة أو ما قبلها بقليل كانت تتعرض لنوبات من الفزع ، إذ كانت تقوم من النوم صارخة ، معتقدة أن حيوانات مفترسة تهاجمها .

٤ — فى السابعة من عمرها أجريت لها عملية استئصال الزائدة الدودية .

٥ — أصيبت الطفلة باللجلجة فى الكلام بعد العام السادس ، وكانت اللجلجة أول ظهورها بسيطة ثم أخذت تزداد شدة تدريجيا ، وعند سؤال المصابة عن تاريخ الإصابة على وجه التقريب ؟ أجابت : بين التاسعة والعاشرة حين كانت تلميذة بالمدارس الابتدائية . وكانت على أثر مشادة عنيفة بينها وبين والدتها ، وكان رد المصابة كما يلى :

« ماما كانت ضربتنى ، وأنا جريت منها ، فراحت ماسكانى من رقبتى وبعد ذلك مباشرة صوتى انحاش ... » .

معاملة الوالدين للمصابة :

تقرر الفتاة أنها تعانى منذ طفولتها ألوانا شتى من القسوة وسوء المعاملة ، وإليكم الإيضاح :

جاء على لسان الفتاة : « أمى تضربنى ضربا شديدا وخاصة عندما كانت تزعل منى ، كانت تعاملنى بشدة وتخاطبنى بكلام قارس ، كما أنها دائما تدعى على دعاء وحش لدرجة أننى أشك فى بعض الأحيان أنها مش أمى » .

ثم أضافت قائلة : « إن والدتى تراعى صحة أخويا ، فمثلا عندما أقول لها إننى تعبانة ، ألاحظ أنها لا تهتم بى كما تهتم بأخى ... امبارح كان فيه (قلة) فيها مية فأنا شربت منها ، وكان فيها بقايا مياه كانت أمى تعتقد أنها غير نظيفة ، ورغم ذلك فإنها تركتنى أشرب منها ، ولكن عندما جاء أخى ليشرب من نفس (القلة) حذرته .

وفى نفس الجلسة قررت الفتاة : « كان عندما أحاول أكلم أمى وأنا فى حالة غضب ، تقعد تقول لى (أيوه .. كلمينى وارفعى حواجبك) . وأحيانا يؤدى الشجار بينى وبينها إلى خصام يستمر مدة طويلة تصل أحيانا إلى ٢٠ يوما » .

وخلال الجلسات المتتالية لفحص الحالة ذكرت الفتاة الحوادث التالية للتدليل على قسوة أمها :

١ — فى يوم الجمعة تعرضت لمغص شديد مصحوب بآلام فذهبت لأنام وطلبت منها زجاجة ماء ساخنة أضعها على معدتى وبدلا من إحضار المياه الساخنة انهالت علىّ بالعبارات الآتية : « ما شاء الله .. انت حتستمرى فى النوم لحد إمتى .. الله .. الله .. ابقى قابلينى إن نفعتى ... إنت وش نجاح ؟! ... إنت وش تعاسة » .

٢ — فى ذات يوم كان ابن خالتى موجودا معنا فى المنزل ، وقد تصادف أثناء ذلك أننى كنت أساعد أختى الصغيرة على الأكل ، فوقعت ، وكنت ألبس قميص النوم ، فخرجت والدتى من حجرتها وانهالت علىّ ضربا ، فخرج ابن خالتى على صوت الضرب وحاول منعها ، وما كان منى إلا أن قلت لها « والله لاحرق نفسى » . وقد دهشت والدتى لعبارتى هذه وأرسلت فى استدعاء أبى ، ولما حضر قالت له « عاجبك بنتك .. لما ييجى ابن خالتها تلبس قميص نوم ... دى فاجرة .. دى مش مترببة .. أنا سأترك البيت وأخرج ، ثم أخذت قميصى وقطعته » .

٣ — كلفتنى مرة بشراء بعض حاجيات المنزل فتأخرت قليلا ، وفى أثناء عودتى شاهدتها تطل من شرفة المنزل وتشير بيدها مهددة ، فأخذ قلبى يضطرب وشعورى ينهار ، معتقدة أنها سوف تقضى على حياتى ، وبالرغم من ذلك صعدت . عندما ناولتها الحاجات جذبتنى من شعرى وقالت لى « أين كنت ؟ » ولكننى لم أجد مجالا للرد عليها فصرخت إلا أنها كتمت أنفاسى ، ثم أسرعت فى إحضار عصا ، فما كان منى إلا أن فتحت باب الشقة وجريت نحو الشارع خائفة فزعة ، وبعد فترة نادت على ووعدتنى بأنها لن تضربنى فصدقتها وصعدت

مطمئنة ، زادت دهشتى حين وجدت أنها قد سخنت (كبشة) على الموقد ، وعندما رأيت ذلك حاولت الهرب مرة ثانية إلا أنها أغلقت الباب بالمفتاح وقالت لى : « رايحة فين .. ادخلى الحجرة دى » . فما كان منى إلا أن اندفعت إلى حجرة نوم والدى وأيقظته من نومه ، فاندهش وأخذ يسخر من سلوك والدتى ، فما كان منها إلا أن أسرعت نحو حجرتها وأخذت تجمع ملابسها غاضبة ، إلا أنه أخذ يسترضيها وقال لها إنه سيعمل على تنفيذ ما تريد . وما كان منه إلا أن قيدنى بحبل ، ثم أخذت والدتى (تلسعنى بالكبشة) الساخنة ، والغريب أنها بعد ذلك أخذت تبكى ندما على ما فعلته .

الخلاصة :

هذه صورة من حياة فتاة تعرضت منذ طفولتها لألوان من العذاب والقسوة ، فليس عجيبا أن تتعرض لضروب القلق النفسى الذى أدى بها إلى اللجلجة فى الكلام .

الحالة الثانية

هذه حالة طفلة فى العاشرة من عمرها ، تلميذة بالسنة الثالثة بإحدى المدارس الابتدائية ، والدها يشتغل عاملا بإحدى الشركات ، تبدو صحته حسنة ، تزوج ثلاث مرات وأنجب من الزوجة الأولى بنتين ، وبعد وفاتها تزوج من والدة صاحبة الحالة ثم طلقها بعد عامين ، وتزوج بزوجته الثالثة وأنجب منها ثلاث فتيات .

كيف طلق الزوج والدة الطفلة ؟ :

أصيب الزوج فى عام ١٩٤٢ بحمى شديدة دخل بسببها مستشفى الحميات ، وكانت حالته خطرة ، حتى استدعت خطورتها حضور والدته من بلدته بالريف لزيارته ، وبعد أن غادر المستشفى وعاد إلى منزله أخبرته والدته بأن صهره كان

قد حضر أثناء وجوده بالمستشفى وأخذ يفتش فى الدولاب الموجود بحجرة نومه ، وقد بلغ به الحال أن حاول خلع البلاط بحثا وراء نقود يظن أن الوالد المريض ادخرها ، وقد حاولت والدة الزوج منعه ، إلا أنه صاح قائلا : « أنا أحق بما عنده ... مين حيربى دى « مشيرا إلى حفيدته » ، ولقد تأثرت والدة الزوج من هذا السلوك الذى نقلت تفاصيله إلى ولدها الذى كان يلازم الفراش بالمستشفى ، وترتب على ذلك بعد نقاش بين الزوجة وبين والدة الزوج أن قالت الأخرى لولدها « تحرم عليك الست دى ... لا انت ابنى ولا اعرفك لو بقيت زوجتك معاك » . فاضطر الزوج أن يأمر زوجته بالسفر إلى بلدتها ، وبعد أن تحسنت صحته سافر مع والدته إلى بلدته ، إلا أن زوجته لم تحاول الاتصال به ، وفى ذات يوم أحضرت والدته مأذونا وقالت لولدها « اكتب على دى » مشيرة إلى إحدى قريباتها .

وهكذا طلقت أم صاحبة الحالة واحتضنت ابنتها فترة من الزمن . وبعد زواج الأم عاشت الطفلة مع جدتها لأمها ، وجاء على لسان الطفلة ما يلى : « كنت أعيش مع جدتى وكنت أحبها ولا أستطيع فراقها ، فكنت أنام بين أحضانها ... كانت تعزنى .. وكانت تدللنى وتعطينى كل شىء أطلبه ، وقد كنت أتردد على والدتى بين وقت وآخر . ثم صمتت فترة واستمرت فى الحديث : « أيام ما كنت أعيش فى البلد كنت مبسوطة خالص ... أيام البلد كانت حلوة خالص .. كان هناك جدى وجدتى ووالدتى . وكان يزورنا والدى من وقت لآخر » .

وانقضى بعض الوقت وأخذ الوالد ابنته وعاد بها إلى القاهرة حيث يعمل .

سألت الوالد :

كيف كان شعور الطفلة عندما حضرت إلى مصر ؟ قال : عندما كانت (الحالة) فى البلد كانوا يحرضوها ويخوفوها ويقولوا لها إن زوجة أبيك سوف تضربك وتذبحك ... لا تذهبى إليها » .

الطفلة فى بيئتها الجديدة :

ولما عادت الطفلة من بلدتها عاشت مع زوجة أبيها ، وعندما سئلت « هل تودين رؤية والدتك ؟ » أجابت بلهجة حزينة « فى كل ليلة أحلم بها ... ولكننى عندما أستيقظ أجدها بجوارى .. ثم أذهب للمدرسة وأعود منها وأنتظر فلا أجدها بجوارى » .

وعندما سألتها : « هل زوجة أبيك تحبك وإخوتك غير الأشقاء ؟ » ، أطرقت الطفلة برأسها وأخذت الدموع تنساب من عينيها .

وسأسرد هنا بعض الأمثلة التى يستدل منها على درجة سوء المعاملة والغطرسة التى تلاقيها الطفلة من أختها غير الشقيقة :

أثناء زيارة الإخصائية الاجتماعية لمنزل الأسرة حدث التالى : فجأة أخذت أخت المريضة غير الشقيقة تصيح وتبكى بشدة واستلقت على الأرض وأخذت ترفس برجليها وقد انحنت عليها المريضة ، وكانت واقفة بجوارها ، لترفعها عن الأرض ، ولكن الطفلة أخذت تضربها بشدة فوق ظهرها وهى تصيح : « هى ... يا ماما اللى وقعتنى .. هى يا ماما اللى سحبت من تحتى الكرسى » . وكان يقف أثناء الحادث أحد أقارب الطفلة الذى قال : « أبدا والله ما وقعتها ... حرام يا ناس البنت (ويقصد الحالة) لم تفعل شيئا » ، حدث كل هذا أمام الإخصائية الاجتماعية ، وكانت الأم تحاول إخفاء غيظها من بنت زوجها وكانت ترجو أن يكون الجو خاليا لتعتدى عليها بالضرب تشفيا مما حدث لابنتها .

ولم يكن سلوك الأخت غير الشقيقة قاصرا على التجنى على صاحبة الحالة فى المنزل بل تعدى ذلك إلى المحيط المدرسى ، وإليكم الدليل :

ذهبت الإخصائية إلى مدرسة الطفلة وقابلت الناظرة وأخبرتها أنها موفدة من قبل العيادة النفسية بشأن الطفلة (ف ....) فقالت الناظرة على الفور : « نعم ف .... آه دى بلوة .. ولكن أحيانا بتصعب علىّ ، باين عليها بنت مسكينة ، إلا أنها أحيانا تعطل الفصل لأنها لا تتكلم بسهولة » . وخلال ذلك حضرت مدرسة الفصل التى وصفت الطفلة بأنها تلميذة متعبة وخاصة فى دروس اللغة العربية والمطالعة .

ثم أضافت « الناظرة » قائلة : « والله يظهر أن البنت مسكينة ، والظاهر أنها مظلومة فى البيت لأنها تعيش مع زوجة أبيها . لقد هربت فى إحدى المرات من المنزل ، وظل والدها يبحث عنها حتى وجدها نائمة فى منتصف الليل بالشارع ، وكان البرد قارسا ، ذلك لأن زوجة أبيها اتهمتها بسرقة نقود وضربتها ضربا شديدا .. وكانت من نتيجة ذلك أن أرسلت هرة فى طلب والدها للمدرسة ، وقلت له : « ياراجل عشان إيه زوجتك تعذب طفلة مسكينة زى دى !؟ يجب عليك أن تحسن معاملة بنتك .. فرد علىّ قائلا : والله أنا محتار ومش عارف أعمل إيه » .

وفى يوم من الأيام استدعت ناظرة المدرسة الطفلة مع أختها الصغيرة غير الشقيقة ، وهى تلميذة بنفس المدرسة ، فجاءت الطفلتان وتقدمت الصغرى من مكتب الناظرة بجرأة ، بينما وقفت المصابة خلفها وأسندت يدها على الكرسى . وهنا سألت الناظرة الطفلة المصابة : « هل لك أخوات من والدتك ؟ » فتعثرت فى الإجابة ، وفى الحال تكلمت أختها الصغرى قائلة : « .... لا .. كان لها أخوات وماتوا » .

مبدأ ظهور اللجلجة :

أصيبت الطفلة باللجلجة فى نحو الرابعة من عمرها ، وفى هذا الوقت كانت تعيش مع أمها المطلقة بإحدى قرى الوجه البحرى ، ولقد حرمت هذه الطفلة من العطف الأبوى منذ العام الثانى ، ومكثت مع والدتها حتى الرابعة ثم تزوجت الأم وتركت الطفلة لجدتها ، وبعد وفاة الجدة تسلم الأب الطفلة وعاد بها إلى القاهرة ، وقبل ذلك مرت الطفلة بحالات من الخوف والانزعاج الشديدين منشؤها تخويف أهل القرية للطفلة ، والتشنيع على زوجة أبيها من أنها امرأة قاسية ستكيل للطفلة العذاب .

والخلاصة أن الطفلة كما بينا تعانى منذ طفولتها المبكرة حالات عدم استقرار وتوتر انفعالى كان سببا فى إصابتها بالمرض النفسى الذى ظهر فى هذه الحالة على شكل لجلجة فى الكلام .

الحالة الثالثة

إنها حالة صبي فى السادسة من عمره أحضرته أمه لأنه كان يشكو من صعوبة فى كلامه ، وبفحص حالته تبين أنها من حالات اللجلجة الاهتزازية Clonic التى لازمت الطفل منذ سنة ، وبوضعه تحت الملاحظة ، سواء أكانت فى حجرة اللعب أم فى العيادة نفسها ، لاحظت الأمور الآتية على سلوكه :

كثرة البكاء إذا ابتعدت عنه أمه ، وعدم القدرة على التركيز ، ومص أصابعه مع سيلان لعابه ، وهو أحد إخوة ثلاثة وأوسطهم سنا ، أبوه ليس عصبى المزاج ولكنه رجل جاد لا يميل إلى الهزل ، إلى جانب ذلك ليس لديه وقت للاتصال بأولاده ، إذ أنه يقضى أكثر وقته منهمكا فى عمله ، حتى أوقات فراغه لا يقضيها بالمنزل ولكن فى أعمال تتصل بالكنيسة ، لأنه من ذوى النزعات الدينية . .

أما والدته فإنها امرأة خجول ، قليلة الثقة بنفسها ، وقد اتضح من سؤالها أنه لم يصب من أهلها باللجلجة سوى عمها .

كان مولد الطفل طبيعيا ، وابتدأ يمشى عندما بلغ سنة من عمره ، ولكنه ابتدأ الكلام متأخرا فى الثانية والنصف من عمره ، وكان يتنفس من فمه رغم كونه لا يشكو من الزوائد الأنفية . أما تاريخ حياته المرضى فينحصر فى أنه أصيب بالسعال الديكى عندما بلغ الثالثة ، وبالجدرى الكاذب فى سن الرابعة ، وبالحصبة عندما بلغ الخامسة ، ولم يتضح من التقرير الطبى أن هنالك أى دليل على ضعف بنيته سواء أكان ذلك من الناحية الموروثة أم المكتسبة . والسؤال الذى يسبق إلى الذهن يتصل بعلة تأخر الكلام فى هذه الحالة : أيرجع هذا إلى نقص فى قدرته العقلية ، أم إلى نقص فى قدرته السمعية ؟ أم يرجع إلى تعرضه لبعض الأمراض إبان طفولته المبكرة ، أم لعدم وجود التوافق فى حركات أعضاء الجهاز الكلامى لديه ؟

وقد تبين من الفحص الدقيق والاختبارات العديدة أن السبب الأخير هو سبب تأخره فى الكلام ، فقد لوحظ تضخم فى لسانه نشأت عنه صعوبة فى نطق بعض الحروف .

وابتدأت اللجلجة فى هذه الحالة عندما بلغ الطفل الرابعة من عمره ، وقد كانت فى مبدإ ظهورها على شكل همس تحول بالتدريج إلى تشنجات اهتزازية يتعرض لها الطفل عندما يكون مهتاجا أو خائفا .

وقد ولد هذا الطفل فى غيبة أبيه الذى كان ملتحقا بالجيش خارج إنجلترا ، فاضطرت والدته أن تعيش مع أطفالها فى بيت أمها التى كانت تسرف فى تدليل الطفل وتمعن فى حمايته إلى درجة لا تبيح له فيها أن يتمتع باللعب خارج المنزل كما يتمتع قرناؤه .

وكان الطفل كثير الاعتماد على أمه أكثر من أخيه الأكبر ، وقد قررت الأم فيما قررت أن نجلها يخاف من الظلام ، ولا يحب البقاء فى حجرة بمفرده ، وإذا حدث أن وجد نفسه فى وضع من هذا النوع فسرعان ما يهرع إلى أمه .

أما سلوكه فى المدرسة فقد كان غريبا ، لأنه لا يميل إلى الاختلاط بغيره من الأطفال ، وكان لا يفضل اللعب إلا مع أخيه فقط الذى كان رفيقه فى المدرسة ، وكان يرفض إجابة مدرسته إذا وجهت إليه سؤالا ما . وكان كثيرا ما يبكى بكاء مرا عقب عودة والدته من المدرسة بعد أن توصله إليها ، وقد بلغت درجة إحجامه عن المدرسة أن تمسك بصحبة أمه إليها مع أن البعد بينها وبين المنزل لا يتجاوز عرض الطريق .

هذه إحدى الحالات التى ترجع العلة فيها إلى البيئة المنزلية ، وما كان يسودها من عطف زائد ، وعدم تعويد الطفل الاعتماد على نفسه ، بل بالعكس كان يشعر فى تلك البيئة بأنه نافذ الرغبة ، مجاب الطلب ، معفى من عناء المجهودات التى يصطدم الطفل فيها بالتجربة ويشعر فى أعقابها بلذة النجاح .

وليس بغريب أن يكون ذلك سببا فى أن يفقد الطفل ثقته بنفسه .

وهذه صورة من حياة الطفل وما تعوده أثناء غيبة أبيه الذى عاد فوجد ابنه الذى فارقه حملا فى بطن أمه قد بلغ الثالثة من عمره ، فلم يكن عجيبا أن ينكر الولد أباه ، واستمر على ذلك شهرين ، كان خلالهما يبكى عندما يقترب منه أبوه .

وقد سبق أن أشرت إلى أن والده كان صارما ، فلم تعجبه حالة ولده الذى نشأ مدللا ، وبدأ يحاول تغيير سلوكه بإظهار سلطته لدرجة أصبح وجوده معه بالمنزل شيئا مفزعا للطفل ، ونتج عن ذلك أن المخاوف بدأت تنتابه ، وبدرت عليه بوادر الشخص الذى فقد مركزه فى العائلة ، ويُخيل إلىّ أن تلك البواعث الجديدة تمثلت فى حضور والده ، ورغبته فى تغيير ما تعوده من معاملة قوامها التدليل والعطف الزائد ، واتخاذه فى ذلك خطة العنف والقسوة وكانت مصدر علة ما استولى على الطفل من اضطراب وعدم استقرار ، ظهرت آثاره فى الأعراض النفسية المرضية السابق ذكرها (الخوف من الظلام — البكاء — عدم القدرة على التركيز) . وبعد فترة مِن الزمن ظهر عارض جديد فى شكل تشنجات اهتزازية كان مركزها الأعضاء الداخلية لجهازه الكلامى .

العـلاج :

وعلى ضوء البيانات التى جمعتها عن حالته أخذت أقدم العلاج اللازم الذى وجهت جانبا منه إلى أم الطفل بعد أن صورت لها الخطورة الناشئة عن مسلكها الأول مع ابنها ، فكان من مغبة ذلك أن نشأ ضعيفا ذليلا لا إرادة له ، وبينت لها ضرورة تعويده شيئا من الاعتماد على نفسه ، غير أنها واجهتنى بقولها : وكيف أستطيع ذلك ؟

قلت : إن هناك وسائل كثيرة للتحقيق ، منها : أن تتركيه يذهب إلى المدرسة بمفرده ، وأن تعوديه على خلع ثيابه وارتدائها بنفسه ، وألا تمانعى فى خروجه لمشاركة رفاقه من الأطفال فى لعبهم وسرورهم ، وشجارهم ومخاطراتهم ، ودفعهم بعضهم بعضا ، إلى غير ذلك من الأمور التى من شأنها أن تعود الطفل الاعتماد على نفسه والوقوف على قدميه دون أى عون من والديه .

ولم تكن نصائحى قاصرة على الوالدة ، لاعتقادى أن الوالد أيضا كان مسئولا عن جانب كبير من متاعب الطفل النفسية ، ولذلك ابتدأت أتصل به ، غير أنه كان يرفض الحضور فى بادئ الأمر تلبية لدعوات العيادة ، وأخيرا اتصلت

به وأخذت أبين له مضار قسوته على طفله ، وأبنت له أن لا فائدة من العلاج ما دام مستمرا فى سياسته ، وإذا كان يرجو لطفله خيرا ، فالواجب أن يقلع عن خطته معه ، ولكنه قاطعنى بأن خطة الشدة هى خير وسيلة لتربية الطفل ، وأخذ يقص علىّ بعض ما لاقاه فى طفولته من قسوة مربيه ، وأن ذلك كان من أسباب نجاحه فى حياته ، ولكننى أقنعته أخيرا بوجهة نظرى ، فوعدنى باتباع ما أشرت به من خطوات .

ولقد كانت توجيهاتى لوالدىْ الطفل ، تُتبع أولا بأول مع حضوز الطفل إلى العيادة للاشتراك مع الأطفال فى حجرة اللعب . وقد لاحظت عليه فى المراحل الأولى لاتباع هذا النوع من العلاج ، أنه كان يميل إلى التعاون مع الأطفال ، وكان يصر على أن تحضر والدته هذه الجلسات ، ولكنه بالتدريج بدأ يندمج مع قرنائه ويقوم بنصيبه دون اضطراب أو إحجام .

واستمر تردده على العيادة نحو الشهرين ، وقد لاحظت فى نهاية المدة تغييرا ظاهرا فى سلوك الطفل العام بالعيادة ، وكان أبرز ما يتميز به هذا السلوك أن سحب التردد والخوف التى كانت بادية على وجهه أوشكت أن تنقشع ، وقد أيدت الأم ملاحظاتى الأخيرة على الطفل فى العيادة بملاحظاتها عليه فى المنزل ، فقررت أنه بدأ يعدل عن خطته الأولى ، ويتخذ سلوكا جديدا قوامه الجرأة والاعتماد على النفس ، وكان من ذلك السلوك الجديد أن الطفل اجترأ على الجلوس مع الزوار والضيوف ، وأخذ يشاطرهم الحديث بعد أن كان هيابا خجولا ، وكان يسرع إلى الباب عند طرقه لاستقبال الطارق بنفسه .

وكان تغيير بيئة الطفل بالإقلاع عن الخطة الأولى واتخاذ خطة جديدة فى معاملته من أكبر العوامل للتحسن الملحوظ فى سلوكه ، وزوال ما كان يعانيه من أعراض مرضية نفسية ، غير أن اللجلجة كانت لا تزال تصاحبه ، ومن أجل هذا بدأت أستخدم طرق العلاج الكلامى معه ، وخاصة التمرينات الإيقاعية أثناء قراءة الأناشيد .

وهكذا سار العلاج الكلامى مع العلاج النفسى جنبا إلى جنب مدى عشرين أسبوعا تقريبا تركت من بعدها الطفل سليما لا يشكو عيبا فى كلامه .

الحالة الرابعة

حالة لطفل فى السابعة عشرة من عمره ، نسبة ذكائه ١٣٥ ، وهو أكبر إخوته السبعة الذين لا يقل عمر أصغرهم عن ست سنوات ، توفى والده عندما كان يبلغ الحادية عشرة من عمره ، وكانت أمه عصبية المزاج ، ضعيفة البنية ، مرهفة الحس ، من النوع الذى يقوم فزعا بالليل لأقل صوت .

وكانت صحة الولد منذ نشأته جيدة جدا ، ولم يتعرض فى طفولته المبكرة إلا للأمراض العادية التى يتعرض لها أمثاله من الأطفال ، وقبل أن يصاب باللجلجة كانت حياته النفسية يسودها الاستقرار ، فلم يكن يظهر عليه ما يدل على القلق ، بل كان على العكس يحب الاختلاط ، وكان اعتماده على نفسه موضع إعجاب مدرسيه .

وخلاصة القول أن حالة الطفل النفسية كانت طبيعية جدا ، وفجأة ظهرت عليه أعراض اللجلجة عندما كان يبلغ من العمر اثنى عشر عاما ، وكان ذلك على أثر غارة جوية عنيفة على بلدته التى تقع على الساحل الغربى من انجلترا ، وهى بلدة مشهورة بصناعة السفن ، واستمرت الغارة الجوية نحو ثمانى ساعات ، وتتلخص ظروفها فى أن صفارات الإنذار أطلقت فى نحو التاسعة مساء فاندفعت الأسرة بأطفالها السبعة إلى المخبأ ، وكان ضيقا ، مزدحما بالناس ، وبدأت القنابل تتساقط ، فأصابت إحداها بناء مقابلا للمخبأ فهدمت نصفه ، وتبع ذلك أن فزع اللاجئون من المخبأ وحاولوا الفرار من تلك المنطقة الخطيرة إلى منعطف أمين ، غير أن ذلك لم يجدهم شيئا ، وأخذت القنابل تتناثر حولهم ، وكانت الغارة تشتد حينا وتهدأ حينا ، فانتهز هؤلاء فترة من فترات الهدوء وانسلوا فى الظلام باحثين عن مأمن أنسب مما كانوا فيه .. كان منظرهم مؤلما وهم فى طريقهم إلى جسر السكة الحديدية للاحتماء به ، فالأب يحمل طفلين من أطفاله ، والأم تحمل طفلا وتجر آخر ، والكل فى هرج وبكاء ولما وصلوا إلى الجسر تبين للأم أنها فقدت طفلين من أولادها ، فأخذت تصرخ وتولول وتطلب إلى زوجها أن يعود حيث كانوا للبحث عنهما ، وكان من حولهم جموع الناس وفيهم الباكون والمصابون .

وقد حدث كل ذلك على مرأى من الطفل الذى نحن بصدد تشخيص حالته .

وقد قررت الأم أن اللجلجة أصابت طفلها عقب هذه الليلة المروعة وما تخللها من حوادث جسام ، وظهرت اللجلجة على شكل تشنجات توقفية .

واتفق أن أعقب ظهور اللجلجة موت والد الطفل وسوء حالة الأسرة المالية ، فتسببت هذه العوامل مجتمعة فى تعريض الطفل لحالة من عدم الاستقرار النفسى نتجت عنها أعراض نفسية مرضية جديدة ، وألوان من السلوك الشاذ ، وحركات لا إرادية . ومن أمثلة تلك الأعراض : الكذب ، والسرقة ، والتحايل ، وارتعاشات فى الأجفان .

هذه الحالة ظهرت فيها اللجلجة فجأة على أثر موقف مفزع اهتز له كيان الطفل ، وهى عكس وقائع الحالة السابقة ؛ فاللجلجة هنا فجائية ، ولم تنشأ كما حدث فى الحالة الأولى نتيجة لحالات عدم الاستقرار التى كانت تسيطر على بيئة الطفل .

العلاج :

لم تكن طرق العلاج النفسى المختصر مجدية فى هذه الحالة ، وذلك أنه كان من العسير تغيير بيئة المصاب ، أو مد يد المساعدة المالية لأسرته . ومما زاد الطين بلّة أن والدته أصيبت بمرض عضال حال بينها وبين القيام بعمل ، فى حين أن ما كان يصرف لهم من معاش شهرى لم يكن يفى بحاجات هذه العائلة المتعددة الأفراد . فالأم مريضة متقاعدة ، والنجل الأكبر يذهب للمدرسة الثانوية فى حالة قلق شديد وفقر مدقع ، يضاف إلى ذلك مظهره الخارجى لا يبعث على الاحترام ، وكانت ثيابه رثة تثير سخرية زملائه .

ولقد اقترحت إزاء هذا — كطريقة من طرق العلاج — أن يغادر الولد مدرسته ، وأن يبحث عن عمل يرتزق منه ليعول نفسه ويساهم فى مساعدة أسرته.غير أن هذا الاقتراح لم يجد قبولا لدى الجهات المسئولة ، وهكذا كانت الحالة الانفعالية المصاحبة للجلجة لا تزال أسبابها قائمة ، ومن ثم صار البرء مستحيلا أو يكاد ، وكان أثر التمرينات الكلامية محدودا ، لأن مصدر العلة ما زال قائما .

الحالـة الخامسة

هى حالة طفل فى الثانية عشرة من عمره ، نسبة ذكائه ١٠٠ ، أحضر للعيادة لأنه يشكو من حالة لجلجة شديدة ، مصحوبة ببعض الاضطرابات فى التنفس .

وضع الطفل تحت العلاج مدة بلغت أربعة عشر شهرا قبل أن أباشر علاجه ، وقد كان أساس العلاج إبان تلك المدة السابقة قائما على تمرينات فى الاسترخاء مع بعض التمرينات الكلامية ، فلم تؤد كل هذه المحاولات إلى نتيجة فى العلاج . وكان الطفل هو الصبى الوحيد بين ست بنات من أخواته ، ولدته أمه بعد ثلاث منهن ، ولهذا كان له مركز ممتاز فى الأسرة بين أخواته ، فكان يخص بألوان من العطف والتدليل أثارت حقد أخواته البنات عليه ، وبغضهن له ، وبخاصة أخته الكبرى التى تبلغ من العمر ستة عشر عاما .

لقد كانت تلك الأخت على جانب من الذكاء واللباقة ، ولها شخصية قوية تستطيع بها إلى جانب لباقتها التأثير على محدثها ، وكانت تنقم على أمها دائما إسرافها فى تدليل أخيها ، كما كانت تسىء هى بدورها معاملة أخيها ، وتسخر من عدم استطاعته التكلم على وجه صحيح .

ومصدر العلة فى هذه الحالة يرجع إلى حالة من حالات عدم الاستقرار التى نشأت عن الغيرة التى كان الطفل كثيرا ما يعانى آثارها من أخواته ، وخاصة شقيقته الكبرى ، وقد كان يرهبها ، كما كان يمقتها ويشعر بكراهيتها . غير أنه لم يكن فى استطاعته لصغر سنه أن يظهر لها هذا الشعور ، لأنه إذا تجرأ وفعل ذلك نكلت به .

كما أنه كان يشعر بالذل والنقص أمام أخواته وخاصة الكبار منهن اللاتى لا يدعن فرصة تمر دون سخرية به ، وكان مصدر ذلك شعوره بالنقص الذى سبب سخرية أخواته ، وهذا سبب صعوبات فى النطق تعرض لها منذ طفولته المبكرة ، كما جعل قدرته على التعبير محدودة .

وقد تفاعلت هذه العوامل السابقة ، وهى شعوره بالعجز . وعدم الاعتماد على النفس بسبب تدليل أمه له ، وكان يقابل ذلك مزيج من الغيرة والبغض من جانب أخواته البنات مضافا إلى قلقه بسبب تهديد أخواته وسوء معاملتهن له ، ودوام سخريتهن منه ، كما أنه كان فوق هذا يعانى شعورا بالنقص نظرا لما يعتريه من صعوبات فى النطق ، وإلى جانب ذلك كان كثيرا ما يفكر فى الانتقام من أخواته فيحول بينه وبين ذلك كبر سنهن .

ونتج عن تفاعل هذه العوامل مجتمعة حالة من حالات عدم الاستقرار النفسى نجمت عنها أخيرا إصابته باللجلجة ، وكان ذلك حين التحاقه بالمدرسة الابتدائية .

العلاج :

وبعد أن تجمعت لدىّ البيانات الآنفة الذكر عن حالة الطفل وبيئته ، وجهت أول محاولاتى العلاجية إلى أخته الكبرى ، وكان أول اتصالى بها بعد شهرين من تردد الطفل على العيادة ، ودارت بينى وبينها مرة المحادثة الآتية التى أستطيع أن أستشف منها الطريقة التى كانت تعامل بها أخاها .

قلت :

ـــ ما رأيك فى كلام شقيقك الآن ؟ هل يمكن أن أعتمد عليك فى معالجة أخيك خصوصا أنه بلغنى أنك لبقة فى الحديث وتجيدين الكلام الفصيح ؟

ـــ بالطبع ، وأننى أقوم فعلا بمساعدته كل ليلة قبل أن تطلب إلى ذلك .

ـــ وما هى الطريقة التى تتبعينها فى مساعدته ؟

ـــ إننى أطلب منه أن يرقد على مقعد ، وأن يقرأ فى كتاب بصوت عال ، ثم أحاول فى الوقت نفسه أن أصحح أخطاءه .

ـــ وأمام من تقومين بهذه الجلسات العلاجية ؟

ـــ أمام جميع أفراد الأسرة .

وظللت أحدثها حتى أدلت إلىّ بأن أمها هى التى أتلفت شقيقها بإمعانها فى تدليله وإسرافها فى العطف عليه ، وأن هذا دائما موضع نزاع بينها وبين أمها على مشهد من الطفل فى أغلب الأحيان .

وقد توالت مقابلاتى لها ، وبصرتها بعلة أخيها ، وعرفتها أن من أسبابها سوء معاملتها له وقسوتها عليه ، وأفهمتها أن من الصواب أن تعدل عن خطتها نحوه ليتسنى له أن يستعيد استقراره النفسى .

وقد انقضى على آخر مقابلاتى لأخته أربعة أسابيع لم ألاحظ خلالها أى تحسن فى سلوك الطفل ، فكان هذا دليلا على أنها لم تستجب لنصائحى ، وأيدنى فى استنتاجى هذا محادثتى التالية مع أخيها المصاب :

— هل تعاملك أختك الآن برفق وحنان ؟

— لا ، إنها ما زالت تسىء معاملتى .

— وفى أى صورة تتمثل لك تلك الإساءة ؟

— إنها تسخر منى دائما ، وتحاول أن توجه نقدها إلى كل ما أقوم به من أعمال كما أنها تطلب منى دائما أن ألتزم الصمت والهدوء فى المنزل .

* * *

ولقد كان فى تلك المحادثة الأخيرة للطفل ما دفعنى إلى استدعاء أمه وأفهمتها بصراحة أن لا أمل فى أى تحسن لحالة الطفل ما دامت شقيقته الكبرى مستمرة فى خطتها معه ، فأجابتنى الأم مصرحة بأنها لا تستطيع أن تغير سلوك ابنتها لأنها تخرج على أوامرها وترفض الاستجابة لنصائحها .

وإلى هنا ألفيت نفسى فاشلا فى تعديل بيئة الطفل حتى تتلاءم معه ، فوجهت عنايتى بعد المرحلة الأولى من العلاج إلى محاولة جعل الطفل يلائم نفسه مع البيئة التى يعيش فيها ، وكان ذلك عن طريق تشجيعه على تجاهل ملاحظات شقيقته أيا كانت ، وكنت أنبهه دائما إلى أن أخته ليست لها أى سلطة فى المنزل ، وأن مرد كل شىء إلى أبيه وأمه ، وخيل إلىّ أن هذه الطريقة نجحت ، وقد لمست تحسنا

فى حالة الطفل فى الأربعة الأشهر الأخيرة من علاجه ، وكنت حينما أسأله عن موقفه من أخته ؟ يبدى عدم اهتمام بها ، وأنه لم يكترث لأوامرها .

وعندما اتضح لى أن ما كان يعترى الطفل من اضطراب وعدم استقرار نفسى ، أخذت حدته تقل بسبب محاولاتى العديدة السابقة ، وجدت أن الوقت قد حان لإدخال نوع آخر من العلاج ، وأقصد بذلك طرق العلاج الكلامى ، وكانت أول خطواتى فى هذا الصدد إجراؤه بعض تمرينات الاسترخاء ، وهو وإن كان فى بادئ الأمر لا يستطيع القيام بهذه التمرينات على الوجه الأكمل ، فقد أصبح أخيرا يقوم بها على النحو المطلوب ، ثم أعقبت ذلك بتعويده أن يقرأ بطريقة خاصة قوامها التباطؤ ومد المقاطع مع شيء من التنغيم ، وكنت أرى أنه ما دام يقرأ بهذه الطريقة يسير سيرا طبيعيا ، فإذا نسى نفسه وعاد إلى طريقته العادية عاودته اللجلجة بشدة .

واستمر علاجه مدة من الزمن زالت على أثرها أكثر الأمراض النفسية التى كانت تبدو عليه عند تقدمه إلى العيادة أول مرة ، ولكن اللجلجة بقيت على حالها .

وأستطيع أن أعزو السر فى عدم توفيقى فى هذه الحالة إلى أن المصاب كان يحتاج إلى مدة أطول ، غير أن الظروف حالت بينى وبين الاستمرار فى معالجته .

الحالة السادسة

كانت حالة صبى شخص إلى العيادة وهو يبلغ من العمر اثنى عشر عاما وأربعة أشهر ، وكان أكبر طفلين فى الأسرة ، وأصيب باللجلجة وهو فى السابعة من عمره ، وعند تشخيصى لنوع اللجلجة التى أصيب بها تبين أنها من النوع التوقفى .

وجاء فى تقرير الأم حين كانت تتحدث عن زوجها أن وصفته بأنه رجل فظ ، غليظ الطباع ، محب لنفسه ، فخور بها ، ميال إلى التظاهر وإحداث الجلَبة والضوضاء ، وعلى عكس ذلك كانت تبدو هذه الأم ، فقد كانت امرأة حساسة حيِيَّة تتألم لحالة طفلها .

وقد جاء فى التقرير الطبى أن صحة الطفل كانت على شىء من الرقة منذ صغره ، ولاحظت أن المشكلة فى هذه الحالة تتعلق بوالد الطفل ، وهو رجل صارم شديد ، كما أشرت إلى ذلك آنفا ، وكان من طبيعته أن يتدخل فى جميع شئون المنزل ، كما كان يحب أن يسير أبناؤه فى حياتهم على نمط خاص .

ولقد كان طبيعيا أن ينشأ عن تلك التصرفات جو من الرهبة يسود المنزل ويحمل زوجته على أن تخفى عنه كل ما يحدث بالمنزل مما يتصل بسلوك أولاده . وكان فى تصرفات الزوجة ما يبعث الدهشة فى نفوس أبنائها ورغم أن لها طفلين ليس فى استطاعتهما أن يدركا ما وراء سياسة الأم فى إخفاء سلوكهما عن أبيهما — وكان هذا السلوك فى نظرهما أمرا طبيعيا — إلا أنهما ابتدءا يشعران بأن هنالك فجوة بينهما وبين أبيهما ، وكانت العلاقة بين الأب والزوجة من جهة ، وبينه وبين طفليه من جهة أخرى ، أشبه ما تكون بالعلاقة التى بين القط والفأر ، أعنى أنها علاقة يسودها عدم الاستقرار والاطمئنان .

وهكذا نشأ الطفلان فى بيئة تبعث على الرهبة والخوف والكراهية ، نشآ فى بيئة لا تسمح لهما بأن يعتمدا على نفسيهما أو يبديا رأيهما فى شىء من الاستقلال والحرية ، وكان من جراء ذلك أن أصيب الأخ الأكبر باللجلجة ، وهو موضوع هذه الحالة ، بينما كان الأصغر كثيرا ما يتبول تبولا لا إراديا ، يضاف إلى ذلك أن الطفلين كانا من النوع المنطوى على نفسه .

العــلاج :

كان متعذرا على الاتصال بالوالد ، ولهذا كانت كل اتصالاتى فى بادئ الأمر قاصرة على الأم التى كانت كثيرا ما تقرر أن معاملة زوجها لولديه هى سبب نزاع مستمر بينهما ، ومن أجل هذا لم يؤدّ الاعتماد على الأم إلى نتيجة إيجابية فى علاج طفلها الأكبر .

ولما كان متعذرا أن أمضى فى العلاج على هذا النحو ، فقد فضلت أن أكف عن المضى فيه حتى يحضر والد الطفل بنفسه لأناقشه فى أمر نجله .

وعندما حضر الأب بعد انقطاع طويل دهش لما عرضته عليه وقال : إنه لم يكن يتصور أن فى تلك الطريقة التى يسلكها مع أولاده ما يدعو إلى كل ما حدث ، غير أنى بصرته بضررها ، ونصحته بالإقلاع عنها ، كما أنى حاولت عن طريق الإقناع تفهيم الطفل بأن أباه لا يقصد من مسلكه معه إلا أن يخلق منه رجلا ، وقد كان من أثر توجيهى للابن مع بعض التغيير الذى طرأ على سلوك الأب بعد إرشاداتى له أن الهوة التى كانت بين الأب وولده بدأت تضيق .

وقد حاولت من جهة أخرى الاتصال بالمدرسة ، وطلبت إلى مدرسى الطفل أن يعودوه الاعتماد على نفسه بإيجاده فى مواقف تبعث فيه الثقة وتشعره بلذة النجاح .

وكان من نتيجة كل هذه المحاولات أن بدأت بوادر التحسن تظهر على الطفل بعد ١٢ أسبوعا من بدء العلاج ، فابتدأ سلوكه يمتاز بشيء من الاستقرار الذى مكننى من أن أقدم له بعض التمرينات الكلامية التى كان فى مقدمتها ما هو معروف « بالتمرينات السلبية » التى أثمرت ثمارها معه ، وقللت من حدة دائه ، فقد كان يستطيع أثناء قيامه بهذه التمرينات أن يقرأ صفحة كاملة دون أن يتعثر أو يتلجلج ، وكانت هذه التمرينات السلبية تتلخص فى طلبى إليه أن يقرأ من كتاب بشيء من التؤدة ، فإذا ما تعرض للجلجة أثناء القراءة ، كنت أطلب منه أن يعيد الكلمة التى تلجلج فيها مرات بنفس الشكل الذى حدثت به اللجلجة ، وكأنه بذلك يتلجلج بطريقة إرادية ، لأن الأصل فى اللجلجة كما نعرف هو أن تكون غير إرادية ، ويطلق على هذا النوع من التمرينات (Negative Practice) وهى طريقة كان الفضل فى تطبيقها فى هذا الميدان للعلامة الأمريكى (Knight-Dunlop) .

واستفاد الطفل من الاستمرار فى ذلك النوع من العلاج ، وكان تحسنه مستمرا يوما بعد آخر ، غير أنى لاحظت أن اللجلجة عاودته فجأة بصورة حادة ، وشكا فى الوقت ذاته من ألم عينيه ، فأحلته إلى إخصائى العيون الذى قرر أنه لا يوجد أى سبب عضوى يبعث على شكوى الطفل ، فأخذت أفسر هذه الظاهرة بأنها عرض نفسى مرضى جديد .

وبالتحرى والاستقصاء تبين لى أن والده عاد لقسوته القديمة نظرا لسوء نتائج الطفل المدرسية وتفكيره فى ترك المدرسة حتى ثار لذلك جنون أبيه .

ولم أجد من مساعدة الأسرة ما يعيننى على مواصلة العلاج .

الحالة السابعة

كانت حالة صبى فى الخامسة عشرة من عمره ، أصيب باللجلجة وهو فى العاشرة ، وكانت عند تشخيصها من النوع الحاد ، تصحبها بعض الاضطرابات فى التنفس ، وقد لاحظت أن الطفل كان شديد الحساسية ، وسريع البكاء لأقل سبب وكانت معلوماتى عن أبيه غير كافية ، أما الأم فكانت من النوع الحاقد على الحياة ، الذى يجد لذة فى آلام الغير ، وكان هذا الطفل رابع سبعة من أطفال الأسرة ولكنه كان توأما لبنت فى سنه .

وبفحص الحالة اتضحت الأمور الآتية :

١ — كان الطفل أعسر يستعمل يده اليسرى فى الكتابة والرسم ، وتناول الأشياء والقطع وإلقاء الأشياء . وحال أهله قبل إلحاقه بالمدرسة أن يمرنوه على استعمال اليد اليمنى ، ولكنهم فشلوا فى ذلك ، ولم يكونوا فى محاولاتهم معه يستعملون أية وسيلة من وسائل العقاب سوى النقد والتأنيب .

٢ — وكانت كثرة الأولاد مضافا إليها ضيق المسكن مما دعا إلى نوم الصبى مع أخته التوأم فى سرير واحد ، واستمرت تلك الحالة إلى ما قبل العلاج بشهر تقريبا ، وكان ذلك التصرف موضع نقد أصدقاء الأسرة وأقارب الطفل ، وكثيرا ما كان يحدث النقاش فى هذا أمام الطفل نفسه وهو الذى بعث فى نفسه الخجل والقلق ؛ والشعور بالحرج .

٣ — وهنالك مشكلة تتعلق بالمدرسة ؛ ذلك أنه بدأ دراسته مع شقيقته التوأم فى فصل واحد . واستمرا معا فى الدراسة ، ولكنها كانت تفوقه دائما وتتقدم عليه وهذا جعله عرضة لتعيير أهله له كلما أتيحت لهم فرصة المقارنة بينه

وبين أخته ، وكانت هذه العوامل مجتمعة سببا فى حالة عدم استقرار الطفل النفسى ، كما أنها — على ما أعتقد — الباعث على ظهور اللجلجة عنده ، وزيادة على ذلك فقد كان هنالك عامل آخر من العوامل التى تزيد حالة الطفل سوءا ؛ وهى سخرية زملائه فى المدرسة من كلامه إلى درجة أنهم كانوا يتبعونه عند انصرافه من المدرسة ويتصايحون من خلفه ، وكم كان البكاء يتملكه وهو يسرد علىّ قصته .

العـلاج :

يشمل العلاج فى هذه الحالة النواحى الآتية :

١ — الحالة الانفعالية الناتجة عن بعض المواقف المتصلة بحياة الطفل فى المنزل وفى المدرسة .

٢ — تعويده الاعتماد على النفس .

٣ — العلاج الكلامى .

أما النقطة الأولى فقد نصحت الأم أن تفرق فى النوم بين الولد وأخته حتى تقلل من شعوره بالإثم والحرج نظرا لما يدور على ألسنة الناس من نقد لهذا الموضوع ، ولكن الأم لم تستجب لنصيحتى ، لأنها لم تكن تقدر المسألة تقديرى لها ، وبعد مناقشات عديدة استجابت لنصيحتى ، وكان انفراد الطفل فى سرير خاص مما أدخل فى نفسه السرور ، وكنت أشعر حين بلغنى هذا الخبر أن حملا ثقيلا رفع عن ظهر الطفل .

أما النقطة الثانية فقد تحدثت بصددها مع أكثر أفراد الأسرة ، وبينت لهم خطر مقارنة الصبى بأخته فى العمل المدرسى ، وتعييره بسبقها له ، وطلبت إليهم أن يقلعوا عن هذا ، وأنه يجب على العكس من ذلك أن ينتهزوا الفرص لتشجيعه حتى يبعث فيه ذلك روح الثقة بنفسه ، ولقد كان من نتيجة استجابة الأسرة لتلك الإرشادات أن تغير سلوك الصبى بالنسبة للمدرسة ، فكثر حديثه عنها ، وبدأت كراهيته لها ، ورغبته فى عدم مواصلة دراسته بها تتلاشى تدريجيا ، كما كان للمدرسة نصيب كبير فى هذا التغيير .

أما العلاج الكلامى ؛ فقد شمل فى هذه الحالة نوعين :

(أ) التمرينات السلبية .

(ب) اشتراكه فى المناقشات مع غيره ممن يشكون نفس الحالة ، وقد كانت هذه المناقشات تأخذ أشكالا مختلفة فى العيادة ، فقد كنت أحيانا أطرح عليهم مشكلة من المشاكل القائمة أو موضوعا من الموضوعات ، وخاصة ما يتصل منها بالمدرسة .وقد كنت أشجعهم على الكلام وإبداء الرأى دون التفكير فيما قد يعترضهم من لجلجة ، وكنت أراهم حينما تأخذهم نشوة المناقشة ، قد ذهب الخجل عن نفوسهم ، وكان أساس تلك الطريقة هو الاستهواء .

وبعد نحو عشرين أسبوعا كان الصبى يتردد خلالها على العيادة ، لاحظت عليه تحسنا ظاهرا .

الحالة الثامنة

هى حالة طفل يبلغ من العمر ست سنوات ، أصيب باللجلجة وهو فى الرابعة من عمره . وكانت عند بدء ظهورها على شكل تشنجات اهتزازية تحولت على مدى الأيام إلى تشنجات من النوع التوقفى .

ولما جاء إلى العيادة أول مرة كان دائم البكاء ، هيابا ، قليل الحركة ، لا يفتر عن ملازمة أمه .

وبفحص الحالة الأولى اتضح أن الطفل بدأ الكلام فى سن متأخرة (عندما كان عمره ثلاث سنوات) وبرغم تأخره فى النطق كان كلامه معيبا .

وكان هذا الطفل أحد ثلاثة إخوة يكبره منهم أخ فى السابعة من عمره ، وتصغره أخت فى الثانية من عمرها ، وكان أبوه عاملا فى إحدى الموانى ، واتفق أن كان متغيبا أثناء ولادته ، وكان عمر الطفل عامين ونصف العام عند عودة أبيه .

أما أمه فكانت امرأة من أصل إيرلندى عانت اللجلجة فى صباها ، وكذلك كانت جدته لأمه تعانى هذا المرض الكلامى ، وكان هنالك فارق اجتماعى كبير بين

الأب وزوجته ، فهو من أصل اسكتلاندى ، بينما زوجته من أصل إيرلندى ، يضاف إلى ذلك أن كلا منهما يختلف فى نشأته عن الآخر ؛ فالزوج كان رجلا عاديا محدود الثقافة ، قليل الاهتمام بهندامه ومظهره الخارجىَ ، ثورى الطباع ، بينما كانت زوجته امرأة مثقفة رقيقة الطباع ، وديعة هادئة الأخلاق ، فكان طبيعيا أن تكون هذه الفوارق سببا فى سوء العلاقة الزوجية ، ومدعاة للنزاع بين الزوجين .

وكان من أبرز ملاحظاتى على تلك الحالة ما يأتى :

١ — كان تأخر كلام الطفل وعدم سلامة نطقه فى مبدئه ، سببا فى لفت نظر الأم إلى تلك الناحية منه ، وكثيرا ما كانت توجهه إلى ذلك ، وتلفت نظره إلى أن يحرص فى نطقه أثناء الحديث ، ولا شك أن هذا كان سببا فى توليد شىء من الارتباك فى نفس الطفل وربط عملية الكلام عنده بالخوف .

٢ — وكانت تربية الطفل يتنازعها عاملان مختلفان تمام الاختلاف : فالأم تتردد بين اللين والعنف ، والشفقة والغلظة ، والأب رجل قاس ، جاف فى معاملة ولده ، لا يميل إلى سياسة اللين فى تربية الأولاد ، يرى أنها ضارة بهم ، وأن التربية المجدية هى التى تقوم على الحدة والعنف ، ولذلك كان يعامل طفله معاملة الرجل . بينما كانت الأم على عكسه لينة عطوفة على ولدها ، تأخذه بالرفق واللين وتنقد سياسة أبيه فى معاملته وتربيته ، وكثيرا ما كان النزاع ينشب بينهما من أجل ذلك على مرأى ومشهد من الطفل وهذا ما أدى إلى حيرته واضطرابه .

والتفسير السيكلوجى للعاملين السابقين ينحصر فيما يلى :

(أ) انعكس قلق الأم الناتج عن تأخر كلام طفلها وعن نطقه المعيب ، على نفس الطفل ذاته ، وأدى إلى حالة من عدم الاستقرار النفسى عنده ، وإلى شىء من المضايقة التى كانت تستولى عليها بسبب كثرة توجيهات أمه وانتقاداتها له .

(ب) كان من أسباب اضطراب الطفل وعدم استقراره تلك المنازعات التى كانت تقوم بين أمه وأبيه على مشهد منه .

ومن أجل هذا كان العلاج فى أساسه ينبنى على تفهيم الوالدين أثر هذا الموقف، وتبصيرهما بالأضرار التى نجمت عن اختلاف وجهتى نظرهما فى تربية الطفل، وكان السبيل الوحيد لتفهيمهما ذلك هو طريق المناقشة والإقناع، فأقنعتهما بأن الطفل لا يجديه التصرف فى الحالتين : حالة العنف وحالة اللين، وإنما هو أحوج ما يكون إلى المزج بينهما.

ومما يسترعى الانتباه فى هذه الحالة أن العلاج كان قاصرا على توجيه والدى الطفل، وعلى حضوره إلى العيادة فى الأوقات المخصصة له لمشاركة زملائه فى اللعب، واستمر العلاج على هذا النحو ١٨ أسبوعا وقضى على ما كان يعانيه من لجلجة، وإن كانت العيوب الخاصة بالنطق لا تزال تلازمه.

الحالة التاسعة

هى حالة صبى فى الثامنة من عمره (نسبة ذكائه ٩٢) أحضر للعلاج حيث كان يشكو من حالة من حالات اللجلجة استمرت معه نحو ثلاث سنوات. وكانت اللجلجة من النوع التوقفى، المصحوب بارتعاشات فى الوجه. وبجانب هذه الظاهرة العصبية المرضية كانت توجد بعض الظواهر الأخرى التى منها : عدم القدرة على الاستقرار، الرعونة فى الحركة، عدم الطاعة والميل إلى التخريب، وإلقاء الأحجار على منازل الجيران.

تعرض هذا الطفل فى حياته المبكرة للكثير من الأمراض التى يتعرض لها الأطفال فى سنه، وكان يشكو دائما من تضخم اللوزتين اللتين أزيلتا عندما كان عمره خمس سنوات، كان ينتج دائما من هذا التضخم فى اللوزتين صعوبات تتصل بالتنفس.

وكان هذا الطفل ثانى أخوين يكبره أولهما بعامين، وكانت معلوماتى عن أبيه ضئيلة، أما معلوماتى عن أمه فتتلخص فى أنها امرأة تبدو عليها القسوة، كما أنها ثقيلة السمع، وكانت دائما فى شجار مع زوجها، وهذا ما أدى إلى حالة يسودها الاضطراب وعدم الاستقرار فى المنزل.

وأثناء تشخيصنا للحالة برزت النقط الآتية ، التى نعتقد أنها كانت من العوامل التى أحدثت فى الطفل حالة من حالات عدم الاستقرار التي يتولد عنها المرض النفسى العصبى :

١ — كانت الأم صماء ثقيلة السمع ، وهذا يجعلها موضع سخرية ابنها وإغرائه بالضحك عليها حتى فى وقت حضوره معها للعيادة ، وقد أثار ذلك فى نفس الأم الضغينة عليه واستعمال القسوة معه ، وظهر ذلك فى حديث الأم لى وشكواها منه حيث قالت :

« إن أخاه الآخر أكثر أدبا منه ، فهو يطيعنى دائما ، أما هذا الولد فإنه لا يحترمنى وأعتقد أنه يجل أباه أكثر منى ، هذا هو السر فى أننى لا أعامله برفق » .

٢ — كانت الأم تخص طفلها الأكبر بالعطف والعناية ، وقد بلغ من أمر هذه العناية أنه كان يشاركها فى نومها على سرير واحد ، ولقد كان هذا النوع من المعاملة مدعاة لإثارة الغيرة والحقد بين الأخوين وقد تمثلت هذه الغيرة بطريقة غير مباشرة لى على النحو التالى :

عندما عرضت على الطفل الصورة الثالثة من مجموعة « اسبيدول » ، وهى تمثل رجلا جالسا على منضدة بجانب صبى ، وفى نفس الصورة امرأة متجهة إليهما تحمل طعاما ، فلما طلب إليه التحدث عن الصورة التى عرضت عليه قال :

— « أرى فى هذه الصورة أبا وأما وطفلا » .

— سم هذا الطفل اسما .

— « جون » . « وقد اتفق أن كان اسم (جون) هو اسم أخيه » .

— تكلم بإسهاب عن الصورة .

— الولد الصغير يجلس بجانب أبيه ، والأم تحضر لهما الطعام .

— وهل تجلس بجانب أبيك عند تناول الطعام ؟

— لا ، فهذا المكان مقصور على أخى .

* * *

٣ ـ كان لتضخم لوز الطفل أثر فى أن يكون كلامه معيبا بعض العيب منذ صغره، وهذا ما جعل أمه دائمة النقد له، مكثرة من توبيخه وتأنيبه وإظهار أخطائه وحثه على تلاشيها، ومن هنا تسرب عامل الخوف المتصل بعملية الكلام إلى نفسه.

ومما لا شك فيه أن هذه العوامل مجتمعة: قسوة الأم ـ غيرة الطفل من أخيه الأكبر، ونقد أمه له، (وتجسيمها لأخطائه الكلامية) كانت هى العامل الرئيسى فى أن تنشأ فى الطفل حالة من حالات الانفعال الشاذ المصحوب بالاضطراب والقلق؛ بل هى ضرب جديد من ضروب عدم الاستقرار الخارجى الذى أدى بدوره إلى نوع من عدم الاستقرار النفسى، وقد تبين خلال الأسابيع الأولى من العلاج أن شعور الطفل العدوانى نحو أمه بدأ يزداد، فكان كثيرا ما يشكو لى من سوء معاملتها له، وتدخلها فى جميع ما يقوم به من أعمال، وكثيرا ما كانت تحول بينه وبين إظهار رغباته والتعبير عن ميوله، فإذا طلب إليها الخروج من المنزل لمشاركة رفاقه فى لعبهم منعته، فإذا ألح فى طلبه اعتدت عليه بالضرب، وكان كلما حاول أن يعوض فرصة اللعب مع رفاقه خارج المنزل بكثرة الحركة والتنقل فى الحجرات لم تدعه وشأنه وأوقعت به العقاب، وقد حملت كل هذه المضايقات الطفل على أن يؤجل عودته إلى المنزل بعد انصرافه من المدرسة، وإذا سئل عن سبب تأخره؟ انتحل المعاذير، وكان ذلك مما يزيد فى غضب أمه وانتهارها له، وقد بلغ من اشمئزاز الأم من طفلها وعدم رضائها عليه أنها كانت تذهب فى بعض الأحيان إلى المدرسة وتشكوه إلى مدرسيه لأعمال تافهة قام بها فى المنزل، وليس هذا إلا دليلا يكشف لنا عن مدى علاقة الأم بطفلها، وأنه كان من المتعذر إقناعها بتغيير خطتها معه، ومن هنا كان العلاج عسيرا، وفى مثل هذه الحالات يكون الأمل فى الشفاء معدوما إلا إذا نقل من البيئة التى يعيش فيها.

الحالة العاشرة

إنها حالة صبى بلغ من العمر ثمانى سنوات وتسعة أشهر، ونسبة ذكائه (٩٩)، وقد بدأت اللجلجة لديه عندما كان فى الخامسة من عمره أعنى وهى السنة التى ذهب فيها إلى المدرسة لأول مرة.

كان والده من الطبقة العاملة فى الأربعين من عمره إلا أن مظهره ينبئ بأنه لم يبلغ بعد تلك السن، فهو وسيم الطلعة، حسن المظهر، وكان سكيرا يقضى أوقات فراغه فى الحانات ويعود ثملا إلى المنزل فى ساعة متأخرة من الليل فيقوم شجار دائم بينه وبين زوجه.

أما أمه فقد كانت تكبر أباه فى السن، وكان مظهرها إلى جانب ذلك يوحى بأنها تعدت هذه السن بكثير، ويمكن أن نصف حالتها العامة بأنها كانت امرأة عصبية.

وقد تعرض هذا الطفل فى حياته المبكرة لأمراض كثيرة منها: التهاب فى الرئتين أثناء مرحلة التسنين، الحمى القرمزية، الحصبة (ثلاث مرات)، الجديرى الكاذب، كما كانت ولادته صعبة، ونتج عن ذلك إصابة أنفه ورأسه ببعض التسلخات كما أنه ولد وطرف لسانه ملتصق بأصول ثناياه العليا، فأجريت له من أجل ذلك ثلاث عمليات كانت آخرها حين بلغ من العمر سنة واحدة، وقد أدى كل هذا إلى أن يكون نطقه فى بعض الحروف غير سليم خصوصا حرفا الثاء (th) والسين (S).

وكانت تسيطر على المنزل حالة الاضطراب والنزاع العائلى؛ سببها الأول إدمان الزوج الخمر، وما كان ينشأ عن ذلك من انحراف فى تصرفاته، لدرجة كانت الزوجة فيها تعتبر أن الحياة مع هذا الزوج جحيم لا يطاق، وهذا ما حملها على هجره عدة مرات أملا فى أن يصلح حاله، ولكنه بالرغم من ذلك استمر فى غوايته، بل على العكس كان يتفنن فى إيذاء زوجه، وكان يعتدى عليها أحيانا بالضرب حتى اضطرت لرفع أمره إلى البوليس الذى كان ينصحها بأن تطلب الطلاق منه.

وكان يحدث كل هذا على مرأى ومسمع من الطفل الذى كان يخاف أباه .
ولا شك أن حالة منزلية كهذه لها أثرها السيىء فى تكوين شخصية مريضة مضطربة منطوية على نفسها .

أما من حيث العلاج فقد كفل حصول الأم على الطلاق من زوجها إعادة الهدوء والاستقرار للمنزل ، وكان ذلك بدوره عاملا من العوامل التى أعادت للطفل استقراره النفسى وشعوره بالأمن فى كنف أمه التى فرغت لأمره والعناية به وشملته بعطف زائد ومحبة فائقة عوضت عليه ما كان حرم منه طوال السنين الماضية ، وقد أدى العلاج الكلامى وما اشتمل عليه من تمرينات مختلفة إلى تحسن ملموس فى الحالة ، حيث صار الصبى سريع الاستجابة لما يعطى له .

هذه الحالة من الحالات التى كان لتغيير البيئة فيها أثر كبير فى الحصول على نتائج طيبة ، ومما هو جدير بالذكر أن أقرر أن تغيير البيئة كان له الأثر الأكبر ليس فى علاج اللجلجة والتخفيف من حدتها فحسب ، بل كان له أثره إلى جانب ذلك فى تعديل سلوك الطفل ، فقد ذهبت عنه مخاوفه وقل بكاؤه ، وبدأ يشعر بالطمأنينة . وهذه الأمور بالطبع عجلت ومهدت السبيل لشفائه عن علته الأصلية ، أعنى بذلك اللجلجة فى الكلام .

ومما يثير الانتباه أن الطفل بعد تحسن حاله زاد ميله للمدرسة ، وإقباله عليها ، ونتج عن ذلك تحسن حالته المدرسية ، كما وضح ذلك التقارير التى بعثت بها المدرسة للعيادة .

الملحق رقم (١)

بطاقة خاصة بأمراض النطق والكلام

يوم شهر سنة

اسم الحالة .... العمر
ملخص الشكوى:

ترتيب الأسرة:

ترتيب الطفل بين إخوته.
القرابة بين الزوجين.
هل يوجد بين أفراد الأسرة من يستعمل يده اليسرى؟
هل يوجد بين أفراد الأسرة من يشكو من:
(أ) اضطراب كلامي. (ب) اضطراب نفسي أو مرض عقلي
(جـ) حالات تشنجية. (د) إدمان المخدرات.

تاريخ ما قبل الميلاد (الحمل):

هل تعرضت الأم لإصابات جسمية أو صدمات نفسية؟
الأمراض التي تعرضت لها الأم أثناء الحمل.
الأدوية والعقاقير التي تناولتها أثناء الحمل:
العمليات الجراحية التي أجريت أثناء الحمل.

حالة الوضع (الولادة):

مدة الحمل.
مدة الوضع.
نوع الولادة: طبيعية ـ بآلات ـ تخدير.
لون الطفل عند الميلاد.

ما بعد الولادة : (التاريخ التطورى للحالة)

(أ) النمو الجسمى :

١ ـــ التسنين .　　　　٢ ـــ المشى .

٣ ـــ القبض على الأشياء .　　　　٤ ـــ ضبط عملية التبول والتبرز

(ب) النمو اللغوى :

١ ـــ الصياح .　　　　٢ ـــ المناغاة .

٣ ـــ متى نطق الكلمة الأولى .

٤ ـــ محصول الطفل اللغوى فى العامين الأولين .

٥ ـــ صعوبات خاصة بالنطق والكلام .

(جـ) النمو العقلى :

١ ـــ نسبة الذكاء .　　　　٢ ـــ التحصيل المدرسى .

النمو الانفعالى :

التاريخ المرضى :

الأمراض التى تعرض لها الطفل فى الصغر .

المرض الحالى وتطوره :

(أ) بدايته .　　　(ب) مظهره .　　　(جـ) تطوره .

(د) المواقف المضاعفة .　(هـ) المواقف المخففة .

الفحص

١ ـــ الناحية الجسمية :

٢ ـــ الناحية النفسية :

٣ ـــ الناحية الكلامية :

٤ ـــ الناحية النيورولوجية :

٥ ـــ فحوص الأشعة ورسام المخ والتحليل .

التشخيص العام :

العلاج المقترح :

مدى التحسن نتيجة للعلاج :

الملحق رقم (٢)

المصطلحات العلمية المستعملة فى هذا الكتاب ومرادفاتها العربية

A :	
Alexia (word Blindness)	عمى لفظى
Agraphia	فقد التعبير كتابة
Aphasia	احتباس الكلام (فقد القدرة على التعبير)
Articulation	تقويم الحروف (تشكيلها)
Association areas	مناطق الترابط بالمخ
Association fibres	ألياف الترابط
Amnestic sphasia	أفيزيا نسيانية
Auditory imperception	اضطراب فى القدرة الإدراكية السمعية
Ataxia	نوع من شلل الأطفال
Athetosis	نوع من شلل الأطفال
Asphyxia	اختناق أثناء الولادة
Amentia (primary)	نقص عقلى أولى
Amentia (secondary)	نقص عقلى ثانوى
Audiometer	جهاز لقياس القدرة السمعية
Audiogram	رسم بيانى للحدة السمعية
Aggravating factors	عوامل معجلة
B :	
Baby talk	كلام طفلى
Broca's area	منطقة بروكا بالمخ
Blowing	نفخ
Bronchitis	نزلة شعبية
Bronchotomy	شق الحنجرة أو القصبة الهوائية جراحيا

C :

Congenital	ولادى
Cerebral haemorrhage	نزف مخى
Cerebral embolism	جلطة دموية
Cleft	فجوة
Cleft-plate	فجوة فى سقف الحلق
Cortex	اللحاء
Clonic spasm	التشنج الاهتزازى
Corpus callosum	المقرن الأعظم
Cretin	طفل أكثم
Chewing-speaking method	طريقة النطق المضغى
Circular-conditioned response	تركيبات دائرية شرطية
Choice of symptom	اختيار العارض

D :

Dysarthia	عسر الكلام
Dysphonia	غلظ فى الصوت
Dysphasia	احتباس الكلام
Dysphrasia	حالة تكون فيها الأفكار مضادة للكلمات المعبرة عنها
Dental	سنى
Delayed speech	تأخر الكلام
Deaf	أصم
Decibles	وحدات صوتية

E :

Etiology	مصدر العلة
Emotional discharge	تنفيس انفعالى
Echolalia	مصاداة الألفاظ أو ترديدها

F :

Functional	وظيفى
Fluency	طلاقة اللسان
Frequency	التردد الصوتى
Frontal lobe	فص جبهى

G :

Glottis	فتحة المزمار
Gutteral	حلقى

H :

Hare-lip	شق الشفاه
Hoarce voice	صوت أجش (مبحوح)
Hemipleguia	شكل نصفى
Hearing aids	وسائل تساعد على السمع
High-pitched sounds	درجة الصوت العالية

L :

Larynx	حجرة الصوت (الحنجرة)
Laryngoscope	منظار الحنجرة
Labral	شفوى ــ شفهى
Lisping	ثأثأة
Lisper	الشخص الذى يشكو من الثأثأة
Lip reading	قراءة الشفاه
Left-handed	يسارى

M. N :

Mouth cavity	التجويف الفمى
Motor sphasis	أفيزيا حركية (لفظية)
Mongol	طفل منغولى
Motor-impulses	دوافع حركية

Nasal cavity	تجويف الفم
Neuromuscular	عصبى عضلى
Moron	مورون
O :	
Occipital lobe	الفص القفوى
Obturator	تركيب لسد الفجوة فى سقف الحلق
Organic	عضوى
Orthepedic surgery	جراحة التجبير والتقويم
P :	
Predisposition	استعداد طبيعى
Predisposing factors	عوامل استعدادية طبيعية
Precipiting factors	عوامل مثيرة
Parietal lobe	الفص الجدارى
Pharynx	البلعوم
Pharyngeal cavity	التجويف الزورى
Phonetics	علم مخارج الأصوات
Phonation	إحداث صوت بالحنجرة
Phonogram	تسجيل الأصوات
Phonology	فن التجويد
perforation	ثقب سقف الحلق
Persuasion	إقناع
Paragrammatism	أخطاء تتصل باللغة
R :	
Resonance chamber	حجرة الرئتين
Retarded speech	كلام متأخر
Rhinolalia :	خمخمة خنف
Rhinolalia clausa	
Rhinolalia aperta	

Rhythm	إيقاع الكلام
Relaxation	استرخاء
Relaxation exercises	تمرينات استرخائية
S :	
Speech therapy	علاج كلامى
Short psychotherpy	علاج نفسى عادى
Spastic speech	الكلام التشنجى
Spasticity	توتر
Stammering	
Stuttering	الجلجة
Spasmophemia	
Spasm	تشنج انقباض
Clonic spasm	تشنجات اهتزازية
Tonic spasm	تشنجات انقباضية أو توقفية
Sibilants	الحروف الصفيرية
Sigmatism	ثأثاة
Adentalis ´sigmatism	
Interdentalis Sigmatism	
Lateral Sigmatism	
Nasal Sigmatism	
Speech relaxation exercises	تمرينات كلامية استرخائية
Speech rehabilitation	تعلم الكلام من جديد
Suggestion	إيحـاء
T :	
Tonic spasm	تشنجات اهتزازية
Therapy	علاج
Therapeutic	علاجى

Temperamental	نزعات طبيعية
Temporal lobe	الفص الصدغى
Tracts	مسالك
V :	
Vocal play	اللعب بالأصوات
Vocal drills	تمرينات صوتية
Voiced	صوتى
Voicless	لا صوتية
Verbal ability	قدرة لفظية
Voice disorders	العيوب الصوتية
U, W :	
Uvila	لهاة
Word sentence	كلمة جميلة
Word blindness	عمى لفظى
Word deafness	عمى سمعى

ملحق رقم (٣)

مصطلحات عيوب الكلام

أصلها العربى

ساهم فى جمع هذه المصطلحات من أصولها العربية
الطالب إحسان على السمان (كلية التربية مكة المكرمة)

الرتة	المتهتة	الهثهثة	اللففف	الخنخنة
الخمخمة	الغنة	اللثغة	الليغ	اللجلجة
الفأفأة	المقمقة	اللكنة	الحبة	الهدهدة
المناغاة	اللثغة	العقلة .		

الرتة:

الرتة(١) : بالضم هى عجلة فى الكلام وقلة أناة فيه ، وقيل هو قلب اللام ياء ، كأن يتكلم الرجل ويجعل فى كلامه الياء بدلا من اللام وهذا عيب إبدالى من عيوب النطق .

وقد رت رتة وهو أرت .

أبو عمرو : الرتة ردة قبيحة فى اللسان من العيب وقيل هى العجمة فى الكلام والحلكة فيه .

ورجل أرت بين الرتت ، وفى لسانه رتة ، وأرته الله أى أصابه برتة فى نطقه .

وفى حديث المسور أنه رأى رجلا أرت(٢) يؤم الناس فأخره .

والأرت الذى فى لسانه عقدة وحبسة ، ويعجل فى كلامه فيتحدث بسرعة فلا يطاوعه لسانه ... وبهذا فإن الرتة هى عيب إبدالى .

---

(١) قاموس لسان العرب لابن منظور الأفريقى المصرى .

(٢) أرت : أى فى لسانه رتة .

الثعالبى[١] : الرتة حبسة فى اللسان وعجلة فى الكلام .

الهتهتة :

هت قوائم البعير ، أى صوت وقعها .
وهت البكر ، يهت هتيتا ، والهت شبه العصر للصوت .
الأزهرى[٢] :
يقال للبكر[٣] يهت هتيتا ثم يكش كشيشا ثم يهدر إذا بزل هديرا ...
وهت الهمزة يهتها هتا تكلم بها ...
قال الخليل[٤] :

الهمزة صوت مهتوت فى أقصى الحلق يصيره همزة ، فإذا رفه عن الهمزة كان نقصا يحول إلى مخرج الهاء فلذلك استخفت العرب إدخال الهاء على الألف المقطوعة نحو أراق وهراق ...

وأيهات وهيهات وأشباه ذلك كثير ...
قال سيبويه[٥] :

من الحروف المهتوت وهو الهاء وذلك لما فيها من الضعف والخفاء وفى حديث إراقة الخمر : فهتها فى البطحاء أى صبها على الأرض حتى سمع لها هتت ، أى صوت ...

ورجل هتات ومهت وهتهات : خفيف كثير الكلام ، وهت القرآن هتا أى سرده سرداً ، وفلان يهت هتا إذا سرده وتابعه ...

وفى الحديث الشريف : كان عمرو بن شعيب وفلان يهتان الكلام ... ، ويقال للرجل إذا كان جيد السياق للحديث : هو يسرده سرداً ويهته هتا ، والسحابة تهت المطر إذا تابعت صبه ...

---

(١) فقه اللغة : تأليف الثعالبى .   (٢) معجم مختار الصحاح للأزهرى .
(٣) البكر : البعير .   (٤) من لسان العرب لابن منظور المصرى .
(٥) من نفس المرجع السابق (لسان العرب) .

ابن العربي(١) :

يقال هت فى كلامه وهتهت إذا أسرع ، والهتهتة من الصوت مثل الهتيت .

الأزهرى(٢) :

الهتهتة والتهتهة أيضاً من التواء اللسان عند الكلام .

الهثهثة :

الهثهثة فى الأصل هى التخليط وكذلك المتمتة ، يقال أخذه فمتمته أى حركه وأقبل به وأدبره ...

ومتمت أمره وهتهته أى خلطه ...

ابن سيده :

الهث خلطك الشيء بعضه ببعض ، والهث والهثهثة اختلاط الصوت فى حرب أو صخب . والاسم منه الهثهاث ...

والهثهثة والهثهاث حكاية بعض كلام الألثغ ...

والهثهثة والهتهتة(٣) بالثاء والتاء حكاية صوت الصبى والألكن ...

اللفف :

اللفف(٤) فى الكلام ثقل وعى مع ضعف ، ورجل ألفّ بين اللفف أى عيى بطيء الكلام إذا تكلم ملأ لسانه فمه ...

ولاية سلفة ألفّ كأنه   من الرهق المخلوط بالنوك أثول

وقد لف(٥) لففا، وهو ألف ، وكذلك اللفف من اللفلاف ، وقد لفلف أبو زيد الألفّ العيى وقد لففت لففا .

وقال الأصمعى هو الثقيل اللسان ...

---

(١) من لسان العرب لابن منظور المصرى .

(٢) مختار الصحاح : الأزهرى .   (٣) فقه اللغة : الثعالبى .

(٤) فقه اللغة : الثعالبى .   (٥) لسان العرب لابن منظور المصرى .

الصحاح : الألف الرجل الثقيل البطىء .
المبرد : إدخال حرف فى حرف .
وهناك باب من علم النحو يقال له اللفيف لاجتماع الحرفين المعتلين فى ثلاثية نحو دوى وصبى .

ابن برى :

اللفيف من الأفعال المعتل الفاء واللام كوق ...

الليث :

اللفيف من الكلام كل كلمة فيها معتلان أو معتل ومضاعف .
وفى فقه اللغة[1] : اللفف أن يكون فى اللسان ثقل وانعقاد .

الخنخنة والخمخمة :

الخنخنة :

المخنة[2]! الأنف .
أصلها خنن ، والخنين من بكاء النساء دون الانتحاب ، وقيل هو تردد البكاء حتى يصير فى الصوت خنة ، وقيل هو رفع الصوت بالبكاء ، وقيل هو صوت يخرج من الأنف ، خن يخن خنينا وهو بكاء المرأة تخن فى بكائها ، وفى حديث علىّ ابن أبى طالب كرم الله وجهه أنه قال لابنه الحسن « إنك تخن خنين الجارية » .
قال شمر[3] :
خن خنينا فى البكاء إذا ردد البكاء فى الخياشيم ، والخنن يكون من الضحك الخافى أيضا ...
الجوهرى[4] :
الخنين كالبكاء فى الأنف والضحك فى الأنف .

---

(١) ، (٢) ، (٣) ، (٤) فقه اللغة للثعالبى .

وقال ابن برى(١) :

ومن الخنين كالبكاء فى الأنف قول مدرك بن حصن الأسدى :

بكى جزعا من أن يموت وأجهشت إليه الجرشى ، وارفقل خنينها

وفى الحديث الشريف(٢) : إنه كان يسمع خنينه فى الصلاة .

وأصل الخنين خروج الصوت من الأنف كالخنين من الفم ... وفى حديث أنس رضى الله عنه : فغطى أصحاب رسول الله ﷺ وجوههم ، لهم خنين . وفى حديث خالد فأخبرهم الخبر فخنوا يبكون . وفى حديث فاطمة رضوان الله عنها : قام بالباب له خنين . والخنين الضحك إذا أظهره الإنسان .

وقال ابن سيده :

والخنين والخنة ، والخنة كالفنة ، وقيل هو فوق الفنة وأقبح منها .

(١) وقال المبرد :

الفنة أن يشرب الحرف صوت الخيشوم والخنة أشد منها .

التهذيب(٣) :

الخنة مقرب من الغنة كأن الكلام يرجع إلى الخياشيم ، يقال امرأة خناء وغناء وفيها مخنة ، ورجل أخن أى أغن مسدود الخياشيم .

ابن الأعرابى(٤) :

النشيج من الفم والخنين من الأنف وكذلك النخير ، ويقال الخنين سدد فى الخياشيم والخنان منه وقد خنن إذا أخرج الكلام من أنفه ، والخنان داء يأخذ فى الأنف ، والخنة أن لا يبين الكلام فخنخن فى خياشيمه .

خنخن لى فى قوله ساعة فقال لى شيئا ولم أسمع

وخنخن(٥) : أخرج الكلام من أنفه ، ولم يبين الكلام فيخنخن فى خياشيمه .

والخنخنة(٦) : صوت الفرد .

---

(١) ، (٢) فقه اللغة للثعالبى .

(٣) ، (٤) لسان العرب : للعلامة اللغوى ابن منظور الأفريقى المصرى .

(٥) ، (٦) معجم متن اللغة : وضعه أحمد رضا .

الخمخمة :

خمخم[١] : أى تكلم كأنه مخنون تكبرا ...

والخمخمة[٢] : مثل الخنخنة وهو أن يتكلم الرجل كأنه مخنون من التيه والكبرياء ...

الغنة :

الغنة[٣] : هى إشراب الحرف صوت الخيشوم ــ انسداد الخياشيم .

والغنة[٤] : هى صوت فى الخيشوم وقيل صوت فيه ترخيم نحو الخياشيم تكون من نفس الأنف .

وقيل الغنة أن يجرى الكلام فى اللهاة وهى أقل من الخنة .

وقال المبرد :

الغنة أن يشرب الحرف صوت الخيشوم ، والخنة أشد منها ، والترخيم حذف الكلام ، غن يغن وهو أغن ...

وقيل الأغن الذى يخرج كلامه من خياشيمه ، وصبى أغن يخرج صوته من خيشومه ...   وما أدرى ما غننه أى جعله أغن ...

وقال أدرى ما غننه أى جعله أغن ...

وقال أبو زيد : الأغن الذى يجرى كلامه فى لهاته ...

والأرض الساد الخياشيم وفى قصير كعب .

وما سعاد غداة البين إذ رحلوا   إلا أغن غضيض الطرف مكحول

والأغن من الغزلان وغيرها الذى فى صوته غنة ...

قوله :

وجعلت لغنتها تغنية .

أراد تغننة فحول إحدى النونين ياء؟ كما قالوا تظنيت / تظننت .

---

(١) معجم متن اللغة : أحمد رضا .

(٢) ، (٣) ، (٤) لسان العرب لابن منظور المصرى .

وقال ابن جنى[1] :

وذكر النون فقال إنما زيدت النون ههنا وإن لم يكن حرف مد ، ومن قبل أنها حرف أغن ، وإنما عنى به أنه حرف تحدث عنه الغنة فنسب ذلك إلى الحرف .

وقال الخليل :

النون أشد الحروف (غنة) .

وقد استعمل يزيد بن الأعور الغنة فى تصويب الجمارة فقال :

إذا علا صواتـــه أرانـــــا　　　يزقـــقتها والجدول الأغنـــا

وروضة غناء تمر الرياح فيها غير صافية الصوت من كثافة عشبها والتفافه ، وطير أغن وواد أغن كذلك أى كثير العشب لأنه إذا كان كذلك ألفه الذباب وفى أصواتها غنة ...

وواد مغن إذا كثر ذبابه لالتفاف عشبه حتى تسمع لطيرانها غنة ، وقد أغن إغنانا .

وأما قولهم[2] واد مغن فهو الذى صار فيه صوت الذباب ، ولا يكون الذباب إلا فى واد مخصب معشب ، وإنما يقال واد مغن إذا أعشب فكثر ذبابه حتى تسمع لأصواتها غنة . وهو شبيه بالبحة ، وأرض غناء قد ألج عشبها وأغتم .

وعشب أغن وقال للقرية الكثيرة الأهل غناء ، وفى حديث أبى هريرة رضى الله عنه تعالى قال : إن رجلا أتى على واد مغن ، يقال أغن الوادى فهو مغن أى كثرت أصوات ذبابه . جعل الوصف له وهو للذباب ، وقرية غناء جمة الأهل — والسكان والبنيان والعشب ، وواد أغن كثير الشجر وكله من الغنة فى الأنف .

العنة :

العنعنة هى إبدال حرف الهمزة بالعين وشيوع العين فى الكلام بدل الهمزة ، وهى كناية عن لغة بنى تميم ، وفى ذلك يقال عنعنة تميم ، أى إبدالهم العين من الهمزة كقولهم « عن » بدل « أن » .

---

(١) ، (٢) لسان العرب لابن منظور المصرى .

وأنشد يعقوب :

فلا تهلك الدنيا عن الدين واعتمل لآخرة لا بد عن ستصيرهـــــا

يريد :

لا بد أن ستصيرها .

وقال ذو الرمة :

أعـن ترسمت من خرقـاء منزلـة ماء الصبابة من عينيك مسجوم

وقال بجران القود :

فما أبن حتـى قلت ياليت أننـا تراب وعن الأرض بالناس تخفف

وقال الفراء :

لغة قريش من جاورهم (أن) وتميم وقيس وأسد ومن جاورهم يجعلون ألف أن إذا كانتِ مفتوحة عينا ، يقول أشهد عنك رسول الله ... فإذا كسروا رجعوا إلى الألف وفى حديث فيله : تحسب عنى نائمة .

ومنه حديث حصين :

« أخبرنا فلان عن فلانا » ...

وقال ابن الأثير :

كأنه يفعلونه لبح فى أصواتهم .

اللثغة :

اللثعة[1] (بالعين) ما لازق الأسنان من الشفة .

اللثغ واللثغة : تحول اللسان من حرف إلى حرف آخر ، أو قصر اللسان عن موضع الحرف ولحوقه موضع أقرب الحروف به كلفظ الراء غينا والسين ثاء ونحو ذلك ، أو ثقل اللسان بالكلام .

وفى لسان العرب[2] : اللثغة أن تعدل الحرف إلى حرف آخر غيره ، والألثغ الذى لا يستطيع أن يتكلم بالراء ، وقيل هو الذى يجعل الراء غينا أو لاما أو يجعل

---

(١) معجم متن اللغة : أحمد رضا . (٢) لسان العرب لابن منظور المصرى .

الراء فى طرف لسانه أو يجعل الصاد فاءا، وقيل هو الذى يتحول لسانه من السين إلى الثاء، وقيل هو الذى لا يبين الكلام، وقيل هو الذى قصر لسانه عن موضع الحروف ولحق موضع أقرب الحروف الذى يعثر لسانه عنه، والمصدر هو اللثغ ولثغ لسان فلان إذا صيره ألثغ.

لثِغ (بالكسر) يلثغ لثغاً، والاسمَ اللثغة والمرأة لثغاء.

وعلى هذا فإنه بالإمكان أن تكون « الثأثأة » هى شيوع حرف الثاء فى الكلام بدلا من حرف السين على أنها عيب أدائى من عيوب النطق...

الليغ:

الأليغ[1]: الذى يرجع كلامه ولسانه إلى الياء.

وقيل هو الذى لا يبين الكلام، والاسم الليغ واللياغة وامرأة ليغاء.

والليغ[2] هو أن لا يبين الكلام.

اللجلجة:

اللجلجة هى ثقل اللسان، ونقص الكلام، وأن لا يخرج بعضه فى أثر بعض، ورجل لجلاج، وقد لجلج وتلجلج. وقيل لأعرابى ما أشد البر قال: (إذا دمعت العينان، وقطر المنخزان، ولجلج اللسان).

وقيل اللجلاج[3]: الذى يجول لسانه فى شدقه.

التهذيب: اللجلاج الذى يجيه لسانه ثقل الكلام ونقصه.

الليث[4]:

اللجلجة أن يتكلم الرجل بلسان غير بين:

وأنشد:

ومنطق بلسان غير لجلاج.

---

(١)، (٢)، (٣)، (٤) لسان العرب لابن منظور المصرى.

واللجلجة والتلجلج التردد فى الكلام ، وكذلك[١] أن يكون فى الكلام عى ، وإدخال بعض الكلام فى بعض .

الفأفأة :

الفأفاء[٢] : على وزن فعلال ، الذى يكثر تكرار الفاء إذا تكلم ، الفأفأة حبسة فى اللسان وغلبة الفاء على الكلام ، وقد فأفأ .

ورجل فأفأ وفأفآء يمد ويقصر ، وامرأة فأفأة وفيه فأفاءة .

وقال الليث[٣] :

الفأفأة فى الكلام كأن الفاء يغلب على اللسان ، فتقول فأفأ فلان فى كلامه فأفأة .

وقال المبرد[٤] :

الفأفأة الترديد فى الفاء ، وهو أن يتردد فى الفاء إذا تكلم . وكما فى فقه اللغة للثعالبى ...

المقمقة :

المقامق : المتكلم بأقصى حلقه ، وتقديره فعافل بتكرير الفاء ولا يقال مقانق .

ويقال فيه مقمقة ولقاعات ، والمقمقة حكاية صوت أو كلام .

أن يتكلم الرجل من أقصى حلقة[٥] .

اللكنة :

لكن ، اللكنة عجمة فى اللسان وعى ، ويقال رجل لكن بين اللكن والألكن هو الذى لا يقيم العربية من عجمة فى لسانه .

لكن لكنا ولكنة ولكونة ، ويقال به لكنة شديدة ولكونه ولكنونة .

المبرد كما فى لسان العرب ... اللكنة أن يعترض على الكلام اللغة الأعجمية ، ويقال فلان يرتضخ لكنة رومية أو حبشية أو سندية أو ما كنت من لغات الأعاجم ...

---

(١) ، (٢) ، (٣) ، (٤) ، (٥) لسان العرب لابن منظور المصرى .

الحبسة :

الحبسة والاحتباس فى الكلام التوقف ، وتحبس فى الكلام توقف .

قال المبرد :

الحبسة تعذر الكلام عند إرادته ، والقلقلة التواء اللسان عند إرادة الكلام .

الهدهدة :

هدهد الشيء من علو إلى أسفل أى حدده ، وهدهده حركه كما يهدهد الصبى فى المهد .

وهدهدت المرأة ابنها أى حركته لينام وهى الهدهدة فى الحديث الشريف ، عن النبى ﷺ أنه قال : جاء شيطان فحمل بلالاً فجعل يهدهده كما يهدهد الصبى ، وذلك حين نام عن إيقاظه القوم للصلاة .

والهدهدة تحريك الأم ولدها لينام .

المناغاة :

النغية مثل النغمة وقيل النغية ما يعجبك من صوت أو كلام ، وسمعت نغية من كذا وكذا أى شيئا من خبر .

قال أبو نخيلة :

لما أتتنى نغيـــة كالشهــــد
كالعسل الممزوج بعد الرمد
رفعت من أطمـار مستقـد
وقلت للعيش اغتدى وجدى

ويقال نغوت ونغيت ونغية وكذلك مغوت ومغيت ...

والنغية من الكلام والخبر تسمعه ولا تفهمه ، وقيل هو أول ما يبلغك من الخبر قبل أن تستبينه.ونغى إليه نغية قال له قولا يفهمه عنه ...

والمناغاة المغازلة، والمناغاة هى تكليم الصبى بما يهوى من الكلام. والمرأة تناغى الصبى أى تكلمه بما يعجبه ويسره.

وناغى الصبى كلمه بما يهواه ويسره.

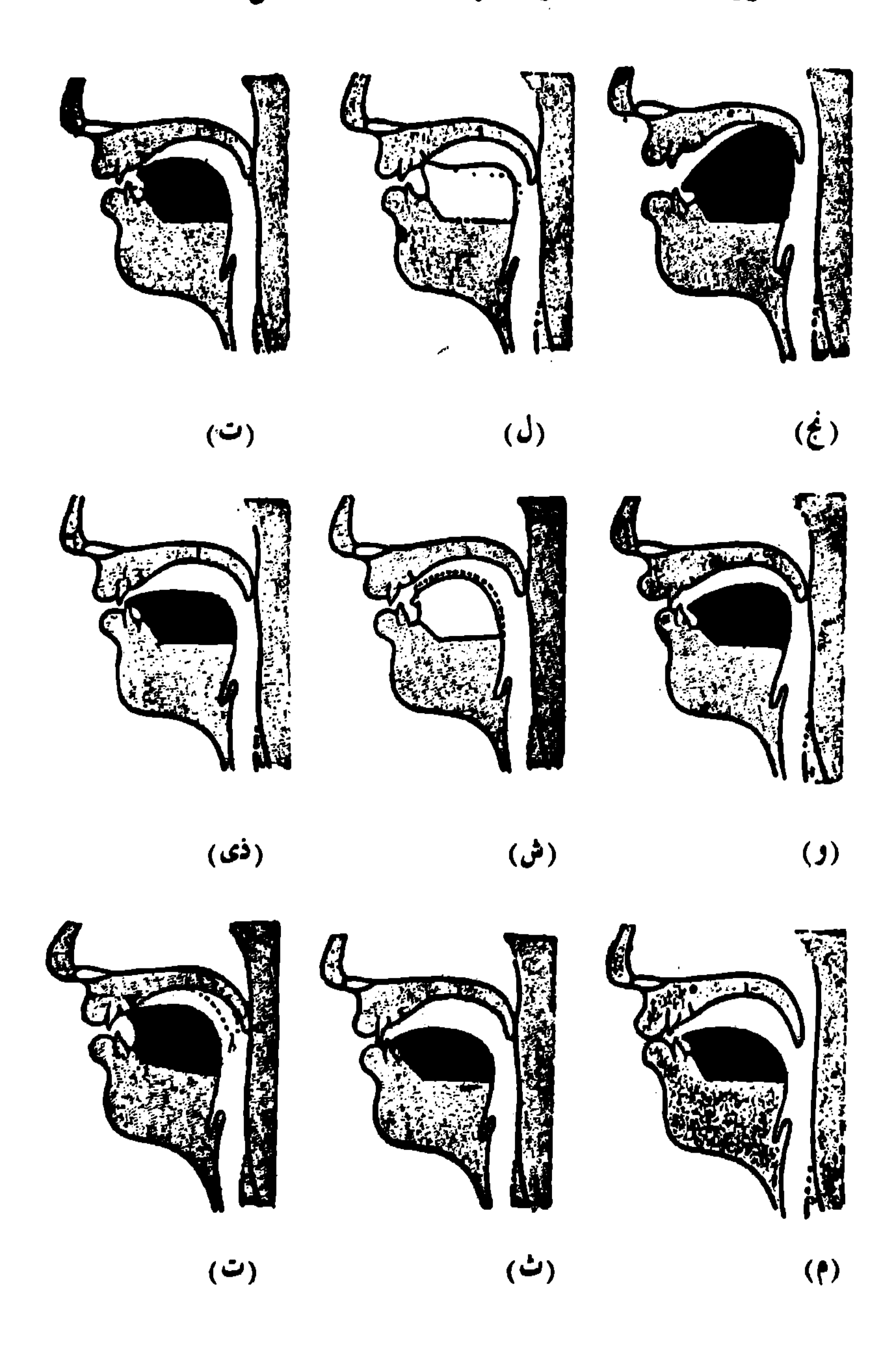
ولم يك فى بؤس إذا بات ليلـــــة يناغى غزالا فاتر الطرف أكحلا

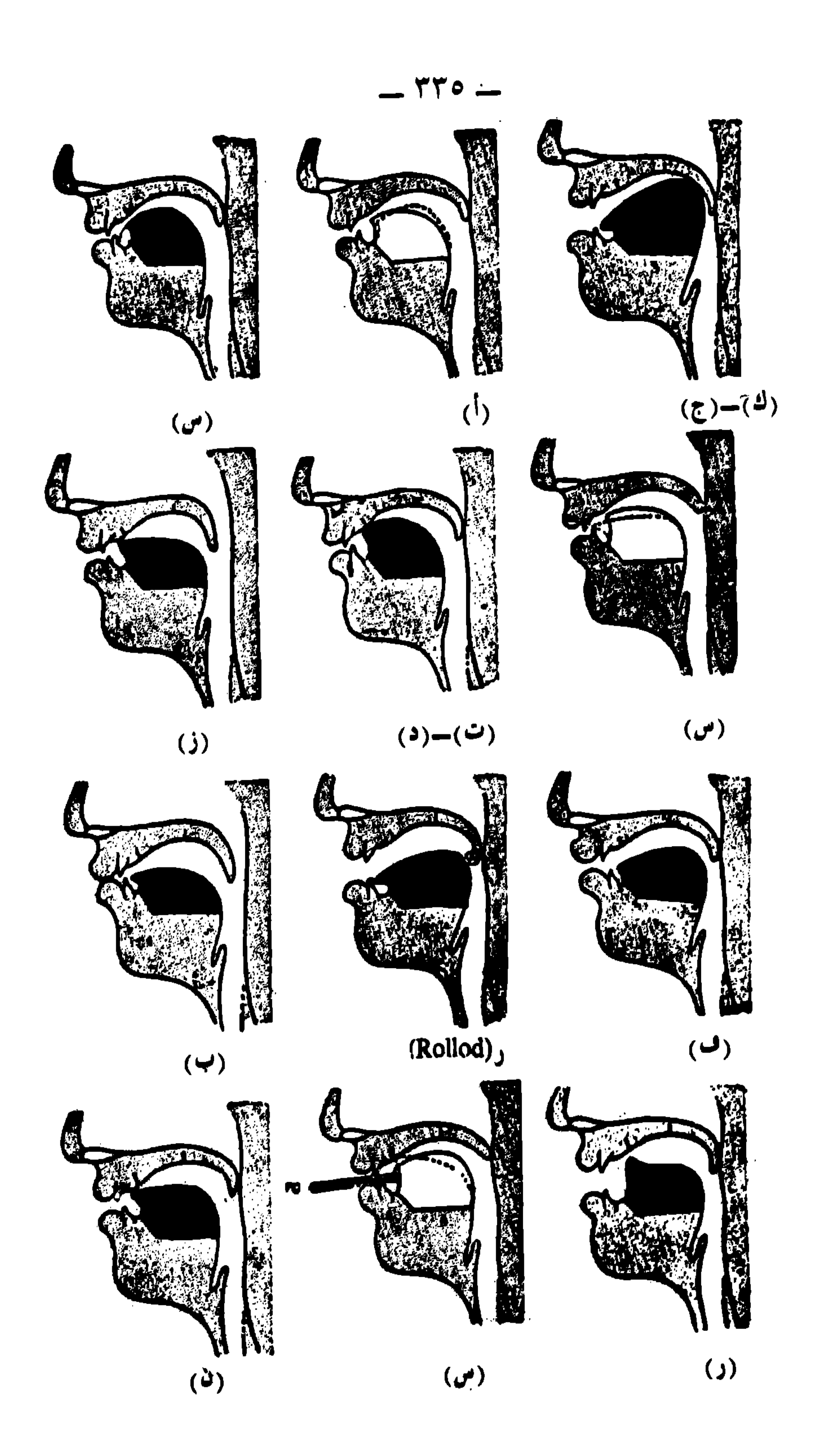
الأفراء:

الأنفاء كلام الصبيان، وقال أحمد بن يحيى مناغاة الصبى أن يصير بحذاء الشمس فيناغيها كما يناغى الصبى أمه.

الملحق رقم (٤)

الحروف الهجائية فى أوضاعها المختلفة أثناء النطق




(ك)–(ج)
(أ)
(س)
(س)
(ت)–(د)
(ز)
(ف)
ر(Rollod)
(ب)
(ر)
(س)
(ن)

فهـرس

الصفحة

الفصل الثالث ـ تأخر الكلام عند الأطفال

الصفحة

الفصل الرابع ـ الآفيزيـا

الفصل الخامس ـ أثر شلل الأطفال فى عيوب الكلام

الفصل السادس ـ عيوب الكلام الناتجة عن نقص فى القدرة الذهنية

الفصل السابع ــ عيوب الكلام الناتجة عن نقص فى القدرة السمعية

الفصل الثامن ــ الخمخمة والثأثأة

الفصل التاسع ــ اللجلجة

الفصل العاشر ــ علاج اللجلجة

الصفحة

الفصل الحادى عشر

العلاج النفسى غير الموجه وكيف نستفيد منه فى علاج اللجلجة

الصفحة

الفصل الثانى عشر

ملاحق الكتاب

رقم الإيداع : ٣٥٠٥ ــ ٨٥
الترقيم الدولى : ٠ ــ ٠١٥٦ ــ ١١ ــ ٩٧٧

دار مصر للطباعة
سعيد جودة السحار وشركاه

الثمن ٣٠٠ قرش





www.ibtesama.com